



SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET

Veileder

Veileder for individuell plan 2001





SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET

Veileder

Veileder for individuell plan 2001

FORORD

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har fra 1. juli 2001 rett til å få utarbeidet en individuell plan. Planen skal sikre at den enkelte persons behov for tjenester skal styre utformingen og sammensetningen av dem.

Formålet med denne veilederen er å bidra til en forståelse av hvor viktig det er med samhandling mellom forvaltningsnivåer og ulike sektorer for å få et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til den enkelte som har behov for ulike tjenester av et visst omfang. For at tjenestetilbudet skal bli godt for den enkelte, er det avgjørende at det er brukerens egne behov som legges til grunn for utarbeidelsen av tjenestetilbudet.

Veilederen skal være et hjelpemiddel i arbeidet med individuell planlegging. Den retter seg mot alle nåværende og potensielle brukere av offentlige tjenester, og deres pårørende og nærpersoner. Den retter seg mot tjenesteutøvere i alle sektorer, avdelinger og seksjoner som yter tjenester til personer med langvarige og sammensatte behov på alle nivå i forvaltningen.

Et viktig hensyn i arbeidet med veilederen har vært å finne balanse mellom på den ene siden å være tilstrekkelig konkret til å fungere som et hjelpemiddel i prosessen, og på den andre siden å unngå å bidra til uheldig standardisering.

Departementet har valgt en åpen form, slik at de som er ansvarlig for planleggingen selv kan finne frem til en prosess som tar hensyn til individuelle forskjeller og preferanser.

Veilederen er illustrert og konkretisert på ulike punkter gjennom henvisning til erfaringer med bruken av sammensatte tjenester slik Ruth, Nina og Trond opplever dem. Modellene for de tre personene er virkelige, og vi bygger på deres beskrivelser av behov og erfaringer. Deres livssituasjon er til dels meget ulik, men felles for dem er at de har omfattende hjelpebehov fra en rekke ulike instanser.

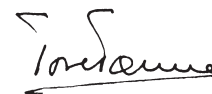
Vi håper veilederen vil bli et nyttig redskap for alle som skal bidra i arbeidet med å utarbeide individuelle planer.

Veilederen er relativt omfattende og går i dybden både når det gjelder overordnede prinsipper, forutsetninger, og formål med individuell plan. Veilederens form gjør at den vil kunne egne seg i undervisnings- og opplæringssammenhenger. Det er også gitt ut en kortversjon av veilederen som er mer konkret i formen.

Sosial- og helsedepartementet har gitt Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) oppdraget med å utarbeidet et utkast til veileder. I sitt arbeid opprettet SKUR en prosjektgruppe på over 40 personer, fra ulike fagfelt, brukere og brukerorganisasjoner, som har bidratt med diskusjoner og innspill. Utkastet er lagt til grunn for utarbeidelsen av Sosial- og helsedepartementets veileder.

Med hilsen


Sosialminister


Helseminister

INN H O L D

◆ FORORD	3
◆ INN H O L D	5
◆ INNLEDNING	7
1.1. Hva er en individuell plan?	7
1.2. Målgruppe	8
1.3. Hvem har plikt til å utarbeide individuelle planer	10
OVERORDNEDE PRINSIPPER	11
◆ 2.1. Innledning	11
2.2. Samordning på individnivå	11
2.3. Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud	11
<i>Helhetlig</i>	12
<i>Koordinert</i>	12
<i>Individuelt tilpasset</i>	12
2.4. Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid	12
2.5. Vesentlig styrking av brukernes innflytelse	14
PLANLEGGINGSPROESSEN.	17
◆ 3.1. Om planlegging som prosess og produkt	17
3.2. Hva skal en gjøre og hvor skal en henvende seg?	17
3.3. Gangen i planprosessen	18
<i>Starten</i>	18
<i>Kartleggingen</i>	18
<i>Koordineringen</i>	19
<i>Slutføringen</i>	20
<i>Oppfølgingen</i>	21

◆ PLANEN SOM PRODUKT	23
4.1. Innledning	23
4.2. Situasjonsbeskrivelse.....	23
4.3. Ønsker og mål	24
4.4. Tiltak og tjenester	25
4.5. Koordineringen av tjenester	27
4.6. Planens status og evalueringsrutiner	28
◆ TAUSHETSPLIKT OG SAMTYKKE.....	29
◆ ANMODNING, KLAGE OG TILSYN	31
Vedlegg 1: Eksempler på tre individuelle planer	33
Vedlegg 2: Forskrift om individuelle planer	45



INNLEDNING

1.1 Hva er en individuell plan?

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til en individuell plan

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparat, er gitt en *rett til å få utarbeidet en individuell plan* regulert i pasientrettighetsloven § 2-5, med utfyllende regler i "Forskrift om individuelle planer". Plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i henholdsvis kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-6, samt psykisk helsevernloven § 4-1.

En individuell plan skal omfatte alle tjenesteområder

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 samarbeidende instanser også utenfor helsetjenesten. En individuell plan vil gripe over alle tjenesteområder og forvaltningsnivå og bør omfatte alle tjenester, for eksempel skole, trygd, arbeid 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.

Bruker skal sikres reell innflytelse i planprosessen

Den individuelle planen skal konkretisere behovet for tjenester den enkelte har, og hvordan behovene skal dekkes. Planen skal beskrive personens interesser og mål, og hva den enkelte mener vil være et godt eller egnet hjelpetilbud. Personen som planen skal utarbeides for, må ha en sentral rolle i planarbeidet på en slik måte at vedkommende opplever at det er hans/hennes plan. Den individuelle planen er et redskap for å sikre dette. Det forutsettes en prosess som sikrer at den person som har rett til en individuell plan får all aktuell informasjon. Planen skal være et resultat av et forpliktende samarbeid mellom den det utarbeides en plan for, en koordinator, og de instanser som leverer tjenester. Et slikt samarbeid krever nødvendig kunnskap og innsikt om kommunikasjon og samhandling hos alle tjenesteytere.

Andre planer bør tilpasses den overordnede individuelle planen

Bruken av individuelle planer er ikke nytt innenfor offentlig tjenesteyting. Både innenfor skoleverket, helse- og sosialtjenesten, trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten har en lang erfaring fra arbeid med individuelle planer. Mye av grunnlaget, både for forskriften om individuelle planer, og for denne veilederen, er hentet fra erfaringer som er gjort innenfor disse tjenestene og etatene. Retten til en individuell plan er heller ikke ny. For barn og unge som har behov for spesialundervisning, fastsetter opplæringsloven eksplisitt at det skal utarbeides en individuell opplæringsplan, jf. § 5-5 i opplæringsloven. Det vises til Veiledning om spesialundervisning i grunnskolen og videregående opplæring, kap. 5.

Målgruppen er personer som har langvarige og sammensatte behov for tjenester

Det er viktig at planer som er utarbeidet for en person, som individuelle opplæringsplaner, handlingsplaner, omsorgsplaner, behandlingsplaner m.v., samordnes og tilpasses den overordnede *individuelle planen*.

En sektorovergripende individuell plan opphever ikke behovet for mer avgrensede planer på bestemte sektorområder. De ulike tjenesteområdene vil kunne ha behov for planer som er mer detaljerte enn det en overordnet plan kan være. Det kan også finnes personlige opplysninger i mer detaljerte planer som det hverken er ønskelig eller hensiktsmessig å ta inn i en slik sektorovergripende plan.

Planarbeidet må organiseres slik at hver enkelt tjeneste, avdeling eller etat som er involvert, føler et medeierskap i den individuelle planen, og tilpasser egne individuelle planleggingsprosesser til den. Hovedinnholdet i de sektorvise planene – beskrivelsen av hvilke tjenester personen er tildelt og hva som konkret skal gjøres – tas inn i den overordnede individuelle planen. Dette innebærer ikke å avgi myndighet til andre etater eller instanser.

1.2 Målgruppe

Målgruppen for individuelle planer er personer som har langvarige og sammensatte behov for tjenester. I de ulike helselovene hvor retten til å få, og plikten til å utarbeide en individuell plan, er regulert, benyttes begrepet pasient. Et annet begrep som etter hvert har fått innpass i offentlige dokumenter og i praksis, er *bruker*. Flere av de etater som vil være naturlige samarbeidsparter i arbeidet med individuelle planer, som sosialtjenesten, arbeidsmarkedsetat, trygdeetat osv. vil ha tradisjon for å benytte andre betegnelser for målgruppen, som klienter, deltakere eller medlemmer.

Når det gjelder mennesker som er omfattet av psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten), er alle gitt rett til å få utarbeidet en individuell plan uavhengig av om tjenestebehovet er langvarig eller sammensatt. For personer som først og fremst har behov for behandlingstjenester, og personer som har opphold i institusjon, vil den individuelle planen kunne ha et sterkere fokus mot behandling, eventuelt at behandlingsplan og individuell plan blir ett og samme dokument. De aller fleste vil imidlertid trolig ha behov for oppfølging og bistand fra det kommunale tjenesteapparatet. Selv om initiativet til, og det praktiske arbeidet med, utarbeidelse av en individuell plan ivaretas av spesialisthelsetjenesten, er det viktig at arbeidet skjer i nær dialog med hjemkommunen. Hovedprinsippet om et helhetlig og koordinert tjenestetilbud basert på brukernes medvirkning må være grunnleggende.

Ved frivillig psykisk helsevern skal ikke planen utarbeides uten vedkommendes samtykke. Dersom en person er under tvungen psykisk helsevern, skal det utarbeides en individuell plan uavhengig av samtykke. Arbeidet skal likevel, så langt som mulig, skje i samarbeid med bruker.

Uavhengig om innleggelsen skjer frivillig eller med tvang, er det en særlig oppgave for det psykiske helsevernet å vurdere den totale livssituasjonen for brukeren i det individuelle planarbeidet, herunder rusmiddelproblematikk, somatiske tilstander, og ikke minst den sosiale rammen for livet.

Presentasjon av tre brukere

Som eksempel på brukere er det valgt tre personer med ulike behov for sammensatte tjenester. Eksemplene bygger på virkelige personer.

Ruth

Ruth er 34 år. Hun har 3-årig høyskoleutdanning og arbeider som saksbehandler ved et offentlig kontor. Hun er aktiv i Norges Handikapforbunds arbeid, og har tillitsverv både lokalt og sentralt. Ruth har en svulst i øvre del av ryggen, som gjør at hun mangler førlighet i begge beina og så godt som i begge armer. Hun er avhengig av rullestol og en rekke andre tekniske hjelpemidler. Hennes tilstand forverres gradvis.

Nina

Nina er 47 år. Hun er utdannet sykepleier, men har de siste 6 årene vært uføretrygdet.

Nina fikk diagnosen schizofreni i 1990. Hun ble syk allerede i 1987 med depresjoner og angstanfall. Hun bodde da i Storby, hvor hun arbeidet som sykepleier ved regionsykehuset. Ninas helsemessige situasjon har vært ustabil de siste ti årene. Men, ved hjelp av medisin og strukturert oppfølging fra hjelpeapparatet, går det mesteparten av tiden rimelig bra å leve med sykdommen. Hennes helsemessige situasjon er imidlertid klart forbedret de siste årene. Hun er nå knyttet til aetatens tiltak "Arbeid med bistand," og Ninas mål er å få en fast og stabil relasjon til arbeidslivet og kombinere arbeid og trygd.

Trond

Trond går i 9. klasse på Tråvik ungdomsskole. Han bor sammen med sine foreldre og sine to søsken. Trond er opptatt av kort- og dataspill. Han liker uteaktiviteter som innebærer stor grad av kroppslig utfoldelse og høyt tempo. Han har et jevnt godt humør, men har ingen kamerater. Trond har diagnosene autisme og epilepsi. Tronds autisme innebærer at han er helt avhengig av stabilitet og kontinuitet. Alle små og store forandringer krever at Trond får tid til nødvendig tilvenning til "det nye". Trond har et svært begrenset ordforråd.

Trond har en godt regulert og medisinert epilepsi. Epilepsien hans innebærer at han av og til får anfall.

1.3 Hvem har plikt til å utarbeide individuelle planer?

Hovedansvaret for individuell planlegging bør tillegges kommunen

Ansvar for utarbeidelse av en individuell plan er ikke lagt til en enkelt instans, men er pålagt kommunen i henhold til lov om kommunehelsetjenesten, eller til spesialisthelsetjenesten i henhold til lov om spesialisthelsetjenesten m.m., og etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Selv om plikten til å sørge for utarbeidelse av individuelle planer er tillagt tre ulike instanser, skal det bare lages én individuell plan for den enkelte bruker. Kommunen vil ha ansvaret for en rekke tjenester til brukeren, og det vil derfor være naturlig at det individuelle planarbeidet forankres i kommunen.

Alle tjeneste-ytende instanser har plikt til å samarbeide

I "Forskrift om habilitering og rehabilitering" påpekes det at *kommunene* skal ha et ansvar for å forankre, koordinere og planlegge sin re/habiliteringsvirksomhet. I tillegg til å ha et eget ansvar skal kommunene samarbeide med andre tjenesteytere om virksomhetene.

I den grad det er aktuelt å starte prosessen med planarbeid i spesialisthelsetjenesten, bør dette gjøres i samarbeid med kommunen.



OVERORDNEDE PRINSIPPER

2.1 Innledning

Målsettingen med individuelle planer er at alle personer som har langvarige og sammensatte behov for tjenester, skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Individuelle planer skal bidra til aktiv brukerdeltagelse, større trygghet og forutsigbarhet for brukeren, avklare ansvarsforhold og sikre samordning, koordinering og samarbeid både i forvaltningen og med bruker og hans eller hennes nærpersioner. Planen skal bidra til at tjenestetilbudet tar utgangspunkt i og *er tilpasset den enkelte persons individuelle behov, preferanser og mål*, samt bidra til en mer langsiktig og helhetlig tenkning i forhold til personers behov. I dette kapitlet nevnes fire overordnede prinsipper som bør legges til grunn i arbeidet med individuelle planer.

2.2 Samordning på individnivå

**Individuelle planer
fokuserer på individnivå**

Samordning er viktig og påpekes i ulike sammenhenger. Fokus for samordningen er ofte rettet mot systemnivået.

Slik samordning mellom enheter er både nødvendig og nyttig, og ofte en forutsetning for samordning på individnivå.

Når målet er at tjenestetilbudet skal fungere og oppleves som en helhet for den enkelte bruker, må fokus for samordningen i større grad rettes mot individnivå.

Individuelle planer vil i denne sammenheng være et verdifullt virkemiddel.

I praksis vil dette bety at man må starte prosessen med en helhetlig vurdering av behov og tiltak.

2.3 Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud

For å sikre at personer som har langvarige og sammensatte behov for tjenester skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, er det viktig at tjenesteyterne har sammenfallende oppfatning om hva dette innebærer.

Et helhetlig tjenestetilbud betyr at det inneholder alle de tjenester en bruker har behov for

Koordinert betyr at tilbudet henger sammen

Brukeren skal ha én person å forholde seg til som kan være bindeledd mellom bruker og tjenesteapparat

Tjenestetilbudet må være tilpasset den enkelte persons individuelle levesett og aktivitetsmønster

Helhetlig

Helhetlig tilbud betyr at tilbudet skal inneholde alle de tjenester en person har behov for. Dette forutsetter at en får det spekter og omfang av tjenester som er nødvendig for å kunne leve et fullverdig liv. Det betyr at det er brukerens behov og interesser som må ligge til grunn for prosessen og tjenestetilbudet. Ulike tjenester kan være avhengig av hverandre, på den måten at tjenestemottakeren har lite nytte av en tjeneste dersom ikke også andre tjenester er på plass.

Et helhetlig tilbud må ta hensyn til at behovet endres over tid. Planlegging av tjenestetilbudet må ta hensyn til endringer av tjenestebehovet.

Koordinert

Det er ikke tilstrekkelig for brukeren at tilbudet inneholder alle nødvendige tjenester. De ulike tjenestene må også koordineres på en måte som gjør at tilbudet henger sammen. For personer med behov for ulike tjenester er det ofte av avgjørende betydning at detaljene er på plass, og at en får relevant tilbud til rett tid.

Instanser og tjenesteytere som skal gi tjenester som må følge etter hverandre i tid, må ansvarliggjøres i forhold til å samordne sine tjenester med andre.

Det bør finnes en person brukeren kan forholde seg til. Denne personen kan være bindeledd mellom bruker og tjenesteapparat, og ha kontakt med de ulike tjenesteytere, slik at helheten og sammenhengen i tjenestetilbudet vedlikeholdes.

Individuelt tilpasset

Tjenester må utføres på en måte som oppleves hensiktsmessig eller tilfredsstillende for den person som mottar dem. Det er særlig tre aspekter som er viktige. For det første at hjelp og assistanse ytes med respekt for mottakerens selvstendighet og integritet. For det andre må tjenestetilbudet være så fleksibelt at det tillater den variasjon i behov og preferanser som er naturlig i et menneskes dagligliv. For det tredje er det viktig at brukeren slipper å forholde seg til for mange personer.

2.4 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

Et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud forutsetter et samarbeid på tvers av faglige og administrative skillelinjer. Dette gjelder både i utarbeidelsen av individuelle planer, og i den konkrete tjenesteytingen.

Trond har en godt regulert og medisinert epilepsi. Epilepsien hans innebærer at han av og til får anfall. Disse anfallene innebærer ikke at han trenger å benytte hjelm eller andre typer hjelpemidler. Det er utarbeidet prosedyrer for opptreden i forbindelse med Tronds anfall, disse utleveres alle som jobber med Trond.

Trond går til kontroll hos sin fastlege et fast tidspunkt annenhver måned, sammen med en av sine foreldre. For Trond og hans foreldre har det vært viktig og få et fast tidspunkt for konsultasjonen som en del av koordineringen av tjenestetilbudet.

Hver ny arbeidstaker som yter tjenester til Trond, både skole/SFO og avlastning/støttekontakt får informasjon og opplæring om epilepsi av spesialisthelsetjenesten. Behov for slik informasjon og opplæring meldes koordinator som koordinerer dette med spesialisthelsetjenesten.

Dersom epilepsien skulle endre seg, vil Tronds fastlege sende henvisning til spesialist om ny medisinsk vurdering.

I planprosessen er det viktig å utnytte den kompetanse og erfaring som tjenesteytere i ulike avdelinger og etater besitter. Spesialisthelsetjenesten er gitt et formelt ansvar i forhold til individuelle planer, og det er viktig at kommunene utnytter denne kompetansen. Det er også viktig å tenke utover helse- og sosialtjenestens grenser, der dette er relevant. Både i kartleggingen av behov, og i valg og utforming av virkemidler, vil bredden i kompetanse og erfaringer være av stor betydning. Det å utforme et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud krever kreativitet og samarbeidsvilje. Andre fagmiljøer enn dem som naturlig har ansvaret for en bestemt tjeneste, kan ofte bringe inn viktige momenter som kan bidra til å forbedre tilbudet. I planprosessen må det gis tid og anledning til å drøfte ulike alternative løsninger, på tvers av fag og nivå. Det er viktig at brukeren har en sentral plass i disse drøftingene, og at det er brukerens mål og preferanser som danner utgangspunktet for drøftingen. Et slikt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i planprosessen vil også ha betydning for iverksettingen av planen, og vil kunne bidra til å styrke samarbeidet i selve tjenesteytingen.

2.5 Vesentlig styrking av brukernes innflytelse

En årsak til at tjenester ikke oppleves som individuelt tilpasset, kan være at tjenesteyterne ikke lytter godt nok til brukeren, eller ikke tar hensyn til det brukeren sier.

En individuell plan er et frivillig tilbud

Bruker har en rett til å delta i arbeidet med individuell plan

De fleste personer som har behov for sammensatte tjenester over tid, har god kunnskap om sin egen situasjon og om hva de trenger hjelp til. For barn med behov for langvarige og sammensatte tjenester, vil de foresatte ha slik kunnskap i forhold til barnets og familiens behov. Dette er et viktig utgangspunkt for planleggingen. Den individuelle planen er et virkemiddel for å sikre brukerne reell innflytelse.

Bruker har en rett til å delta i arbeidet med utarbeidelsen av individuell plan. Det er "brukerens plan". For at denne retten skal bli reell, er det viktig at tjenesteapparatet aktivt tilrettelegger for slik deltakelse. Det gjelder praktisk tilrettelegging, som for eksempel at møter legges på tidspunkter hvor bruker eller pårørende har anledning til å delta. Formen på møtene er også viktig. I samtaler og drøftinger må bruker og brukers synspunkter aktivt inkluderes. Selv om bruker, eller den som representerer bruker, i visse tilfeller velger å ikke delta i et møte, er det viktig at vedkommende hele tiden holdes godt informert.

Foreldrene til Trond ønsker at møter så langt det er mulig holdes på ettermiddags- og kveldstid. Dette for at de skal slippe å være borte fra jobben og dermed opprettholde et yrkesaktivt liv.

Brukere vil i noen perioder av livet kunne føle at de ikke har krefter, ressurser eller tilstrekkelig oversikt til å spille en aktiv rolle i prosessen. Det er da viktig at prosessen så langt som mulig kan tilpasses slik at de kan delta når de føler at de er i stand til det. For noen, spesielt for personer med psykiske problemer, er det viktig at de i gode perioder kan få anledning til å definere hva som skal gjelde når de føler at de mister kontrollen over sin situasjon.

En viktig del av brukerperspektivet er at den enkelte skal få kontroll over, og mestre sitt eget liv.

Personer med kommunikasjonsvansker eller kognitive vansker kan ha problemer med å gi uttrykk for sine ønsker og behov. Dette gjelder både barn og voksne. I slike tilfeller vil bruker kunne ha støtte fra pårørende, (hjelpe)verge eller annen nærpersion. Tjenesteytere har likevel et selvstendig ansvar for å sette seg inn i personens situasjon, og forsøke å danne seg et bilde av personens behov ut fra personens eget ståsted. Planleggingen må alltid ta utgangspunkt i brukernes individuelle situasjon og behov.

"Hva skal du gjøre når du blir voksen, Trond?"

"Jeg vil kjøre traktor, og så vil jeg ha sauer".

Tronds egendefinerte mål er å få kjøre traktor og ha sauer. Selv om disse målene er tilnærmet uoppnåelig, ønsker foreldrene at det arbeides med løsninger som tar utgangspunkt i hans drøm.

Ønsket er bolig og arbeid i tilknytning til et gårdsbruk ikke alt for langt unna barndomshjemmet. Ut fra dette ønsket tok koordinator kontakt med ulike gårdbrukere i nærmiljøet for å eventuelt få innpass for Trond hos en av dem. På grunnlag av koordinators arbeid ble det klart at den lokale hønsefarmen var villig

til å ta imot Trond en gang i uka for å se om han kan være til nytte for gården i fremtiden.

Koordinator har i tillegg hatt samtaler med fylkesskolesjefen og rektor på "Gårdstun videregående skole" for å gi Trond et tilbud om videregående opplæring i forhold til landbruksfag. Gårdstun videregående skole ligger 4 mil fra barnedomshjemmet, men en skal arbeide for at Trond kan klare bussturen fram og tilbake hver dag.

Både kommunen og trygdeetaten ser med velvilje på en fremtidig jobb for Trond på Kyllingåsen gård.

Trygdeetaten er også innforstått med å finne løsninger for å avhjelpe bonden Finn Lykke på Kyllingåsen gård med lønn til Trond.



PLANLEGGINGSPROSESSEN

3.1 Om planlegging som prosess og individuell plan som produkt

En individuell plan er et redskap for å sikre et godt tjenestetilbud

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

Planprosessen er like viktig som selve planen

Aktiv deltakelse i planleggingsprosessen øker forpliktelsen for å bidra til at planen gjennomføres. De ulike instansenes forståelse av hverandres kompetanse og kunnskap vil kunne utvikles når de virker sammen for å oppnå et felles resultat.

Planprosessen er en løpende prosess

Det er viktig å se planprosessen 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 med å skape et tilpasset tjenestetilbud. Det betyr at planen må prøves ut, følges opp, evalueres og korrigeres. I tillegg vil behov og ønsker endres over tid, slik at det er nødvendig å legge til rette for en fortløpende evaluering og justering av planen.

3.2 Hva skal en gjøre og hvor skal en henvende seg?

Tjenesteytere har et ansvar for å vurdere om det foreligger et behov for en individuell plan

Hvordan kommer planprosessen i gang? Initiativet 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, kan vurdere om det foreligger et behov for, eller en rett til en individuell plan. Det bør finnes *én instans* i kommunen som er gitt et spesielt ansvar for å vurdere hvem som har behov for og rett til en individuell plan. Selv om arbeidet med planen settes i gang på initiativ fra spesialisthelsetjenesten, er det viktig at planarbeidet skjer i nær dialog med kommunen.

Den koordinerende enheten skal være synlig og tilgjengelig for alle

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. Habilitering og rehabilitering er også en tverrfaglig og tverretatlig virksomhet som legger stor vekt på brukermedvirkning, og en helhetlig tilnærming til personers behov. Å få utarbeidet en individuell plan er en rett for alle personer som har behov for langvarige og sammen-

Bruker bør kunne påvirke valg av koordinator

satte tjenester, ikke bare for personer som mottar habiliterings- eller rehabiliteringstjenester. Det kan likevel være hensiktsmessig å se koordineringsbehovene i sammenheng.

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, bør kunne påvirke valget av en koordinator. Å lede en slik prosess krever en oversikt over tjenesteapparatet, gode kommunikative evner og lederegenskaper.

Ruth tok selv initiativet til å få utarbeidet en individuell plan. Hun tok kontakt med hjemmesykepleien, som er den instans i hjelpeapparatet hun har hatt tettest kontakt med. Hun kjente både forskriften og veilederen for individuelle planer fra arbeidet i Handikapforbundet, og visste at hun hadde rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Etter henvendelsen fra Ruth, tok hjemmesykepleien kontakt med det nye rehabiliteringskontoret i kommunen, som har fått ansvar for å koordinere kommunens arbeid med individuelle planer. De meddelte også Ruths ønske om å få tildelt en av hjemmesykepleierne som koordinator. Dette ønsket ble imøtekommet.

3.3 Gangen i planprosessen

Starten

Når det er klart at en person har rett til en individuell plan og personen har fått tildelt en koordinator, bør koordinatoren ta en samtale med bruker, pårørende, annen nærpersone eller hjelpeverge, der dette er oppnevnt. Det er viktig at personen selv, eller den som representerer personen, allerede fra starten av har mulighet til å legge grunnlaget og premissene for det videre planarbeidet.

Etter psykisk helsevernloven er det spesialisthelsetjenesten eller institusjonen, dersom personen oppholder seg der, som har det formelle ansvar for å sørge for at en individuell plan utarbeides. Siden kommunene er den instansen som yter Nina mest hjelp, fant de det hensiktsmessig at kommunen organiserte og koordinerte arbeidet med utarbeidelse av individuell plan. Etter Ninas ønske ble hennes faste psykolog ved Ringøen Psykiatiske Sykehus oppnevnt som hennes individuelle koordinator. Prosessen med utarbeidelse av selve planen skjedde ved at koordinator inviterte Nina til et møte hvor de sammen kartla Ninas nåværende situasjon, hvordan hennes nåværende tjenestetilbud fungerer, og hvilke behov for endringer i tjenestetilbudet Nina har.

Bruker kan ha med seg rådgiver eller likemann

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

Kartleggingen må omfatte alle relevante forhold

Kartleggingen

Med kartleggingen menes i denne sammenheng en gjennomgang og vurdering av de forhold som har betydning for personens behov, og av de løsninger og

virkemidler som kan være aktuelle for å møte disse behovene. Prinsippet om å styrke personens egen innflytelse i planarbeidet må også gjelde kartleggingen. Oftest vil brukeren selv, eller når det gjelder barn, de foresatte, ha god innsikt i egen situasjon, men det vil som oftest være fagfolkene som har best oversikt over de løsningsalternativ som kan være aktuelle. Det er viktig at brukeren får tilbud om en slik kartlegging, og at det sikres at den blir foretatt av personer med relevant kompetanse.

Koordinator sørger for at ønskede kartlegginger blir gjort

Kartleggingen bør ikke begrense seg til medisinske eller helsemessige forhold. Det er like viktig å få kartlagt generelle ressurser og de fysiske, organisatoriske og sosiale forhold i personens omgivelser som hindrer aktivitet og deltakelse, eller hindrer personen i å realisere bestemte ønsker eller mål.

En kartlegging må alltid skje i dialog og utveksling av informasjon mellom fagfolkene og den person kartleggingen gjelder.

Ruths situasjon er i all hovedsak godt kartlagt. Hun har over lang tid hatt et nært forhold til helsevesenet, det gjelder både primærlege og spesialisthelsetjenesten, og med kommunens hjemmetjeneste. Hun har ønsket en kartlegging av hvordan arbeidsplassen hennes kan gjøres optimalt tilgjengelig for henne, slik at hun kan være i arbeid så lenge som mulig. Dette er foretatt av hjelpemiddelsentralen. Annen kartlegging anses ikke nødvendig, verken av bruker eller tjenesteapparatet.

Dersom det skulle oppstå uenighet mellom en fagperson og den person utredningen gjelder, om hvordan personens situasjon skal oppfattes, bør personen ha mulighet til å få dette prøvd hos en annen fagperson med relevant kompetanse.

Koordineringen

Koordinatorens rolle vil være 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

Koordinatorens oppgave er å sikre en god fremdrift i prosessen, samt å sikre at personen det planlegges for har informasjon og innflytelse underveis i prosessen. Noen ganger vil brukeren selv kunne 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 tjenesteapparatet som har ansvaret for å sikre et kvalitetsmessig godt tilbud, og dermed også for at planleggingen blir koordinert på en god måte.

Foreldrene til Trond gir uttrykk for at de har brukt mye tid og krefter på å koordinere sønnens tilbud. De mener dette har skapt vansker i deres forhold til sine respektive arbeidsgivere. Derfor er det en glede for dem at de kan overlate samtalene med alle de ulike aktørene, som er en del av sønnens hjelpeapparat, til en individuell koordinator. De legger frem sine egne og Tronds behov for koordinator, og hun kontakter de ulike instansene for å lage et så tilpasset opplegg som mulig.

På bakgrunn av brukerens definerte behov må bruker selv, eller koordinator ta kontakt med de etater og instanser det er behov for tjenester fra. Hensikten er å presentere de behov og ønsker brukeren har for å komme frem til et godt tilbud. De ulike fagetatene vil kunne ha kunnskap om tjenester som ikke brukeren eller

koordinatoren har. Det er derfor viktig med samarbeid og en god dialog mellom koordinator/bruker og fagapparatet og mellom de ulike fagfolkene, for å finne frem til de beste løsningene for brukeren.

Etter at Nina og hennes koordinator hadde diskutert og gått gjennom Ninas samlede tjenestebehov og tilbud, bestemte de at koordinator skulle ta kontakt med de ulike tjenesteytende instansene som Nina mottar tjenester fra. Han avtalte et møte med hver instans hvor han skulle møte sammen med Nina. På bakgrunn av gjennomgangen av tjenestetilbudet med de ulike instansene, utarbeidet koordinator forslag til individuell plan som ble gjennomgått med Nina.

Samtalen med de respektive etater og instanser vil danne grunnlaget for utforming av forslaget til en individuell plan. Forslaget bør utarbeides i nær dialog med bruker, og forelegges alle berørte parter.

Slutføringen

Koordinator har ansvar for at brukerens interesser blir ivaretatt

En individuell plan er en *rettighet* for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester jf. Pasientrettighetsloven § 2-5. Når har en personen fått en individuell plan? Det er når alle berørte parter har gitt sin tilslutning til planen. Det kan være hensiktsmessig å knytte denne slutføringen av planen til et *fellesmøte*, hvor alle berørte tjenesteleverandører deltar. Dette gir en mulighet for å ta opp alle spørsmål som gjelder koordineringen av tjenestetilbudet, og sikre at alle har en felles forståelse av planens innhold. Det er viktig at også de fylkeskommunale og statlige instanser som personen har behov for tjenester fra, deltar i dette møtet. Det må i møtet legges til rette for at brukerens interesser blir ivaretatt.

Et slikt møte må forberedes og ledes godt. I noen tilfeller vil det være etablert en ansvarsgruppe eller liknende hvor mange av de berørte instanser og etater møtes jevnlig. Dersom gruppen skal videreføres, bør sammensetningen vurderes i henhold til planen.

Det er viktig at ulike tjenesteytere ser sin egen innsats i en større helhet

Etter at Nina og koordinator hadde hatt møter og drøftet tilbudet med hver av de instanser Nina har behov for tjenester fra, og utarbeidet forslag til individuell plan, innkalte koordinator til et fellesmøte. Møtet ble avholdt på Ringøen Psykiatriske Sykehus og ble ledet av Thormod K. i egenskap av koordinator. På møtet ble Ninas behov gjennomgått. Behovet for stabilitet og kontinuitet i tjenestetilbudet ble understreket og en gjennomgikk forslaget til individuell plan. Møtet drøftet særlig prosedyrer for oppfølging av planen, blant annet rutiner for, og hyppigheten av, evalueringsmøter.

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.

Det er viktig at regler for enkeltvedtak følges ved tildeling av tjenester. 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.

Først når alle instanser har godkjent planen har brukeren fått en individuell plan

Oppfølgingen

En individuell plan er et resultat av en prosess. Men den er ikke et sluttresultat som skal bestå uforandret så lenge personen har behov for tjenester. Planprosessen er ikke fullført ved at en har fått utarbeidet en plan. Planen er et uttrykk for hvilke behov en person har for tjenester i en bestemt tidsperiode, 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 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. En evaluering bør foretas etter relativt kort tid for å korrigere det som ikke fungerer, og senere ved faste tidspunkt. Evalueringen skal skje i samarbeid mellom bruker og koordinator. Rutiner for slik evaluering bør nedfelles i plan-dokumentet.

Planen må jevnlig evalueres og justeres

Fra Tronds individuelle plan

- 1. Planen skal evalueres og justeres etter tre måneder*
- 2. Senere 1. mars og 1. september hvert år.*
- 3. Dersom foreldrene ber om det, kan justering gjøres i samarbeid med koordinator og den tjenesteyter det gjelder, på et hvert tidspunkt så lenge planen gjelder*
- 4. Endringer som tjenesteapparatet ønsker å foreta, gjøres etter avtale med Tronds foreldre. Tjenesteyter tar da kontakt med koordinator som forelegger dette for Tronds foreldre, og eventuelt tar seg av ny koordinering.*

PLANEN SOM PRODUKT

4.1 Innledning

Den individuelle planen skal beskrive hvordan tjenestetilbudet skal tilpasses den enkeltes behov. I denne veilederen beskrives en mulig grunnstruktur, tilstrekkelig åpen for individuelle variasjoner, som planen kan disponeres etter.

En slik grunnstruktur kan være:

- Situasjonsbeskrivelse
- Ønsker og mål
- Tiltak og tjenester
- Koordinering
- Status og evaluering

Planen skal ikke være mer omfattende enn nødvendig

En kan avvike fra grunnstrukturen dersom individuelle hensyn tilsier det. Enkelte punkter kan sløyfes, andre punkter kan tilføyes. Noen ønsker at en individuell plan er så kort som mulig, mens andre har behov for at planen inneholder fylldig informasjon. Den strukturen som beskrives her, må leses som et forslag. Omfang og utforming av en individuell plan må avklares med den personen planen skal gjelde for.

4.2 Situasjonsbeskrivelse

Et koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud må ta utgangspunkt i *en helhetlig forståelse* av livssituasjonen til personen som det planlegges for. En slik forståelse må være bygget på *personens egen beskrivelse*, og/eller pårørendes eller annen nærpersons (supplerende) beskrivelse.

Ruth er daglig avhengig av hjelp fra en rekke tjenesteytere, i tillegg til den hjelp hun mottar fra sin mor og far. Hun har i dag hjelp fra hjemmesykepleier 7 ganger i døgnet. Hun får fysioterapi 2 ganger i uken. To ganger hver uke får hun hjelp til dusjing.

Ruths helsemessige situasjon forverres raskt, og hun er avhengig av tett medisinsk oppfølging. Hun har derfor fått en spesialavtale med Nevrologisk avdeling ved sykehuset om at hun kan ta direkte kontakt om hun har behov for å spørre om

noe, eller behov for helsehjelp. Hun slipper da å gå gjennom sin primærlege og får hjelp fra eksperter som kjenner hennes situasjon.

Hun har 2 timer hjemmehjelp pr. dag, og hun trenger egen transport fordi kollektivtrafikken ikke er tilgjengelig.

Omfanget av tjenester oppleves tilstrekkelig, med unntak av hjemmehjelp som hun mener er for lite. Hun føler at hun belaster foreldrene mer enn det som er rimelig. Fordi Ruths medisinske tilstand gradvis forverres må en også forvente at tjenestebehovet øker, både i omfang og innhold.

Huset Ruth bor i ble bygd på begynnelsen av 1970-tallet, og er ikke egnet for en rullestolbruker. Boligen er også upraktisk for de som skal yte tjenester, og gjør at Ruth behøver mer hjelp enn hun hadde gjort i en bedre tilpasset bolig.

Ruth lever et aktivt liv utenom jobben, både sosialt og i forhold til frivillig arbeid. Engasjementet i Handikapforbundet medfører en del reising, som ikke alltid er mulig å planlegge lang tid på forhånd. Problemet i dag er at mange av tjenestene er for dårlig koordinert. Det koster for mye innsats fra hennes side for å få til nødvendige endringer når hun skal reise, eller delta i ting som går ut over den faste rutinen.

Situasjons-beskrivelsen skal ta utgangspunkt i personens egen situasjonsforståelse

Elementer i det vi kaller livssituasjon kan være forhold som familie- og bolig-situasjon, helsesituasjon, arbeids- og inntektsforhold, skolesituasjon og fritidsaktiviteter. Det er viktig at hele livssituasjonen tas i betraktning. Men det er bare de faktorer som er relevant i forhold til en persons behov for tiltak og tjenester, som bør tas med i selve situasjonsbeskrivelsen.

Hovedfokus må være rettet mot å få fram hvilke vanskeligheter eller hindringer personen opplever i forhold til daglige gjøremål, sosial og samfunnsmessig deltakelse, og i forhold til å realisere bestemte ønsker og mål.

Målet er full deltakelse og likestilling

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 situasjonsbeskrivelsen skal være mer omfattende enn strengt tatt nødvendig.

Tronds plan inneholder bare tiltak, men bakgrunnsopplysninger kan fås ved å henvende seg til koordinator. Dette forutsetter informert samtykke fra foreldrene.

4.3 Ønsker og mål

Det sentrale er å få tilstrekkelige tjenester til å kunne leve et så selvstendig liv som mulig

Full deltakelse og likestilling i samfunnet er et overordnet politisk mål for funksjonshemmede. Utover dette må behovet for mål vurderes ut fra den enkeltes situasjon, og ut fra hvilken prosess planen inngår i. Mange opplever det kunstig å skulle utforme mer spesifikke mål. Det sentrale vil for de fleste være å få tilstrekkelige tjenester til å kunne leve et så selvstendig liv som mulig.

Fra Ninas individuelle plan

Ved siden av behovet for trygghet og stabilitet i tilbudet, ønsker Nina seg først og fremst en fast tilknytning til arbeidslivet. Nina ønsker ikke full jobb, men at hun kan ha en arbeidstilknytning i et omfang som tilsvarer det hun har anledning til å tjene utover uførepensjonen.

Nina føler et behov for å oppdatere seg innenfor ulike deler av sykepleieyrket. Hun ønsker å hospitere ved en sykehusavdeling og i et sykehjem. Hun har nå ett år igjen på aetats tiltak, og vil gjerne kvalifisere seg til rollen som praksisveileder i denne perioden, og få en fast kontrakt med høgskolen.

Hovedregelen må være at konkrete mål utarbeides der brukeren eller eventuelt pårørende anser dette som hensiktsmessig eller ønskelig

Der den individuelle planen er knyttet til en konkret re-/habiliteringsprosess er det viktig å definere konkrete og tidsbestemte mål og delmål som gjør det mulig å evaluere resultatene i forhold til de virkemidler som settes inn. Dette gjelder også der det av andre grunner er behov eller ønsker om konkrete endringer i personens livssituasjon, for eksempel det å komme i arbeid, gjennomføre en bestemt utdanning, flytte i egen bolig, eller å starte med en aktivitet som tidligere ikke har vært 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 nærpå personer, for å klargjøre personens ønsker og å definere klare mål for tjenestetilbudet.

4.4 Tiltak og tjenester

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 mellom partene

Det viktige i denne sammenheng er at de tiltak og tjenester en person har behov for, er beskrevet og samlet i den individuelle planen.

Fra Ninas individuelle plan:

Hjemmetjenesten Lillevik kommune:

Hjemmesykepleier Torunn Holtet, samtaletime 1 – 1 1/2 time hver fredag klokken 09.00.

Holtet er Ninas primærsykepleier.

Nødvendige medisiner utdeles i Ninas hjem hver morgen klokken 09.00 av Torunn Pettersen, Annette Strai og Torunn Holtet i turnus.

Nina er tildelt 2 timer hjemmehjelp hver 3. uke for rengjøring i huset.

Hjemmehjelp: Margrethe Huset. Tidspunkt for rengjøring avtales direkte mellom Nina og hjemmehjelper.

Krav til tjenestens kvalitet må spesifiseres

Den individuelle planen skal beskrive hvilke tjenester som skal ytes, hvem som skal yte dem og når tjenestene skal gis, og hvordan tjenestene skal tilpasses personens individuelle situasjon. Gjennom dette vet den enkelte bruker hva han eller hun kan forvente, og at tjenesteutøverne vet hvilken jobb de har.

Eksempel på krav en bør kunne stille til enhver tjeneste:

- *at tjenesten faktisk dekker det behov den er ment å dekke*
- *at tjenesten blir levert til rett tid*
- *at brukeren gis mulighet til å påvirke utformingen av tjenesten*
- *at tjenesten blir levert og utført på en etisk forsvarlig måte, og med respekt for brukeren*
- *at en i utformingen av tjenesten tar utgangspunkt i den enkeltes individuelle situasjon, slik den er beskrevet i planen*
- *at en ikke krenker brukerens integritet, og viser særlige hensyn dersom tjenesten gis i brukerens eget hjem*
- *at tjenesten er fleksibel nok til å gi rom for spontanitet og naturlige variasjoner i behov*
- *at brukeren holdes informert om tjenestenes innhold, formål og eventuelle endringer i betingelser*

Dersom brukeren ikke kan få det tilbudet vedkommende mener å ha behov for, må dette begrunnes i planen

En individuell plan må beskrive alle de tjenester en person har behov for, også de tjenester personen eventuelt allerede mottar. Planen må beskrive både *hvilke* tjenester som skal ytes, i hvilket *omfang* de skal ytes, hvilke *innholdsmessige krav* som skal kunne stilles, og hvordan tjenestene skal *koordineres*.

Fra Ruths individuelle plan – tiltaksdelen

Transport: *Ruth har i henhold til tidligere avtale fri arbeidsreise. Disse reisene kommer i tillegg til den ordinære tildeling av TT-transport.*

På arbeidsdager (tirsdag, onsdag og fredag) skal Ruth hentes ved sitt hjem, Ravnberget 18, klokken 07.45, og hentes ved Rådhusets hovedinngang klokken 15.15. Andre behov for transport i samband med arbeid meddeles sjåfør Anton L. eller, dersom han ikke kan nås, direkte til drosjesentralen.

Det arbeides med å få lavterskelbuss på ruten Sagberget – Gloppen, som vil kunne oppheve behovet for spesialtransport.

Den individuelle planen 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. Å synliggjøre et eventuelt avvik mellom tilbud og det brukeren mener å ha behov for, er viktig for å kunne arbeide for at dette avviket blir minst mulig.

4.5 Koordineringen av tjenester

Det må fremgå av planen hvem som er koordinator

Det må fremgå av planen hvem som er koordinator, og hvilken rolle koordinator skal ha. En individuell plan må i hvert enkelt tilfelle konkretisere og klargjøre hvordan koordineringsoppgavene skal ivaretas, og hvilke prosedyrer for oppfølging som skal følges der det skjer endringer – enten i brukerens situasjon og behov, eller i tjenesten.

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.

Ruth har et omfattende behov for tjenester fra flere etater og instanser på flere nivå. Alle tjenestene er viktige for at Ruth skal kunne sies å ha et helhetlig tilbud. Det er helt vesentlig at disse tjenestene er godt koordinert, og at kommunen tar ansvaret for å sikre en slik koordinering.

Når det gjelder hjemmesykepleie, hjemmehjelp (BPA) og fysioterapi, løses det meste gjennom direkte dialog mellom Ruth og tjenesteyter. Uoverensstemmelser, eller behov for klarlegging av samarbeidsforhold el.l., tas opp med koordinator.

Ruth har møte med koordinator siste torsdag i hver måned. Her tas det opp alle forhold som er av betydning for koordineringen av tjenestene.

Koordinering og framdrift i forhold til de mer tidsavgrensede prosjektene knyttet til bolig og arbeidsplass ivaretas av koordinator, i nær dialog med bruker.

Denne plan gjelder fra 1.10.2001.

Planen skal revideres hvert halvår.

Nødvendige endringer underveis vedlegges planen.

Koordinator har ansvar for å fange opp behov for endringer, og kaller inn berørte etater og instanser til planmøte hvert halvår.

En individuell plan skal vise hvem som er ansvarlig for den enkelte tjeneste

For hver enkelt tjeneste eller innsats brukeren mottar, må en individuell plan inneholde en spesifisering av hvem som er ansvarlig innenfor den enkelte avdeling eller etat. Ved endringer i brukerens situasjon, for eksempel ved at behovet endrer seg, er det denne ansvarlige instans som skal kontaktes for å revurdere tilbudet.

En individuell plan må inneholde en beskrivelse av hva som er brukerens ansvar og hva brukerens nærmiljø eventuelt bidrar med. Den bør også inkludere samarbeidet med funksjonshemmedes organisasjoner, blant annet knyttet til likemanns-

Prosedyrer for oppfølging skal beskrives i den individuelle planen

Den individuelle planen må beskrive rutiner for kontakt mellom bruker og koordinator

Den individuelle planen skal inneholde bestemmelser om hvilket tidspunkt planen skal gjelde fra og hvor lenge den skal gjelde, hvem som er ansvarlig for å sikre fremdriften i planarbeidet og oppfølgingen av planprosessen

arbeid, som kan være et viktig og hensiktsmessig virkemiddel og støtteapparat for mange. Det er viktig at tjenestetilbudet ikke på noen måte gjøres betinget av frivillig innsats, verken fra brukerens side eller fra andre.

Det skal gå frem av en individuell plan hvordan de ulike tjenestene tidsmessig er koordinert med hverandre. Prosedyrer en vil etablere for å følge opp om tjenestene fungerer etter de intensjoner som er nedfelt i planen, må også beskrives.

Retningslinjer for å løse eventuelle uoverensstemmelser bør også etableres.

Det vil kunne være behov for å etablere faste rutiner. Koordinator kontakter bruker med avtalte mellomrom for å høre 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.

4.6 Planens status og evalueringsrutiner

En individuell plan forutsettes å 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. Avvik i gjennomføringen og koordineringen av de aktuelle tjenestene i forhold til det planen beskriver krever en særskilt begrunnelse. Endringer må drøftes med bruker og med andre tjenesteytende instanser som måtte berøres.

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. Endrede ansvarsforhold må følges opp gjennom revidering av planen. Den individuelle planen skal være et oppdatert dokument hvor en til enhver tid kan finne fram til hvem som er ansvarlig.

Den individuelle planen skal også inneholde bestemmelser om fra hvilket tidspunkt planen skal gjelde og hvor lenge, hvem som er ansvarlig for å sikre fremdriften i planarbeidet og oppfølgingen av planprosessen. Den individuelle planen skal videre inneholde bestemmelser om tidspunkt for formell revisjon og hvilke rutiner som normalt skal gjelde for justeringer og revisjon. Dette skal brukeren kunne forholde seg til og hjelpeapparatet innrette seg etter. Endringer må begrunnes og innarbeides i den individuelle planen.

Den individuelle planen gir ikke den enkelte bruker større rett til de tjenester den beskriver enn det som følger av lovgivning på det aktuelle området. Men den individuelle planen vil være et svært viktig *grunnlagsdokument* for å sikre brukeren et godt tjenestetilbud. Både den person det planlegges for, og de som er ansvarlige for å yte de tjenester som beskrives i planen, skal gi sin tilslutning til planen.



TAUSHETSPLIKT OG SAMTYKKE

Alle personopplysninger er underlagt taushetsplikt

Gjennom planprosessen og i selve plandokumentet vil det framkomme informasjon av personlig karakter. Det kan være opplysninger om brukerens helsetilstand, om leveforhold, om forhold til familie, bolig eller økonomi. Alle slike personopplysninger er underlagt taushetsplikt.

Hver og en av tjenestepersonalet som har fått eller innhentet slike opplysninger, har i utgangspunktet taushetsplikt. De kan ikke videreformidle opplysningene med mindre det er gitt samtykke fra den opplysningene angår, eller det er gjort begrensninger eller unntak fra taushetsplikten i lov som får anvendelse ved utarbeidelse og bruk av individuelle planer.

Taushetsplikten er begrunnet i hensynet til vern om privatpersoners personlige integritet, for å ivareta tillitsforholdet mellom privatperson og hjelpeapparat. Begrensninger i taushetsplikten er blant annet begrunnet i behovet for samarbeid og koordinering.

Brukeren eier selv opplysningene

Ofte vil det være en forutsetning for gjennomføringen av planprosessen at opplysninger og informasjon som en tjenesteutøver eller instans får del i, deles med samarbeidende instanser og tjenesteytere.

Utgangspunktet er at den personen opplysningene gjelder, eier disse. Han eller hun er den som bestemmer hvem opplysningene skal videreformidles til, og hvilke opplysninger som skal eller kan videreformidles.

I den utstrekning personen samtykker til utveksling av personopplysninger mellom tjenestepersonell, kan opplysningene gjøres kjent. På grunnlag av samtykke kan det skje videreformidling av personopplysningene til samarbeidende personell både innenfor og utenfor helsetjenesten, uavhengig av om opplysningene ønskes brakt videre av dem som sitter med dem, eller fordi opplysningene etterspørres av andre. Samtykke fra brukeren gir grunnlag for å utveksle personopplysninger som er nødvendige for å utarbeide en individuell plan.

Det forutsettes informert samtykke

Det stilles et klart krav til samtykket for at videreformidling av personopplysninger skal være gyldig. Det må være et informert samtykke som 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, ikke flere opplysninger enn det som er nødvendig for utarbeidelsen av den individuelle planen.

Som hovedregel skal brukeren samtykke til utarbeidelse av individuell plan. I disse tilfellene vil vanligvis brukeren også samtykke til utveksling av personopplysninger

Videreformidling av opplysninger begrenses til det som er strengt nødvendig

mellom det samarbeidende personellet. I dette ligger også at brukeren kan nekte at bestemte opplysninger eller bestemte tjenester/tjenestepersonell skal ha tilgang til opplysninger, med den konsekvens det må ha for hvilke samarbeidspartnere som kan trekkes inn, og hvor langt det enkelte tjenestepersonellet involveres i utarbeidelsen av 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 åpenbart 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 sitter inne med viderefremmes både innenfor og utenfor helsetjenesten.

Dersom man lykkes med å etablere et tillitsfullt samarbeid med bruker/familie eller andre pårørende, er det en alminnelig erfaring at man får et positivt svar på spørsmålet om å la samarbeidspartnerne få tilgang til relevante opplysninger.

Dersom den personen opplysningene gjelder ikke samtykker til videreformidling av opplysninger, eller det av andre grunner ikke kan innhentes samtykke, er adgangen til å videreformidle opplysninger begrenset og avhengig av hvilken etat eller instans opplysningene skal formidles i eller mellom.

Med mindre personen selv, eller den som kan representere vedkommende motsetter seg det, kan samarbeidende personell innenfor helsetjenesten utveksle opplysninger så langt som det er nødvendig for å gjøre et forsvarlig arbeid med den individuelle planen. Tilsvarende vil det også, innenfor andre etater og organ, kunne videreformidles opplysninger som trengs for en hensiktsmessig arbeidsordning ved utarbeidelsen av den enkelte plan. Innenfor den enkelte tjeneste eller etat kan det videreformidles opplysninger så langt som det er nødvendig for å utarbeide og bruke en individuell plan.

Mellom de etatene og tjenestene som det er naturlig å samarbeide med, er det imidlertid klare begrensninger. Helsetjenesten kan ikke videreformidle opplysninger til samarbeidende personell utenfor helsetjenesten når personen opplysningene gjelder ikke samtykker. Helsetjenesten kan til en viss grad få opplysninger fra andre etater og tjenester. Forvaltningsorgan som trygdeetat og A-etat vil kunne gi opplysninger til helsetjenesten om de vedtak som er truffet og om personens forbindelse med etaten. Disse etatene, samt sosialtjenesten og barneverntjenesten, kan gi opplysninger til helsetjenesten i den grad det er nødvendig for å fremme disse avgiveretatenes og avgivertjenestenes oppgaver. I den grad en utarbeidelse av en individuell plan klart også vil bedre personens situasjon som bruker, i forhold til den aktuelle tjenesten som skal gi opplysningene til helsetjenesten, vil det være en viss adgang til å gi de nødvendige opplysningene.

Utveksling av taushetsbelagte opplysninger må basere seg på informert samtykke

I all hovedsak må utveksling av opplysninger mellom etater og instanser i forbindelse med utarbeidelse og bruk av en individuell plan, basere seg på brukerens samtykke til formidling av ellers taushetsbelagte opplysninger. Det gir den enkelte et nødvendig vern mot at sensitive opplysninger kommer andre enn den personen selv ønsker til kunnskap. Dette er i samsvar med de intensjoner som ellers ligger til grunn for retten til individuell plan, nemlig at det er personen selv som skal ha styringen i forhold til om det skal utarbeides en plan. Det betyr at det vanskelig kan utarbeides en individuell plan dersom personen ikke ønsker utveksling av opplysninger mellom etater og instanser.



ANMODNING, KLAGE OG TILSYN

Det kan være mange grunner til at en person med langvarige og sammensatte behov er misfornøyd med hjelpeapparatet. Da vil hun eller han langt på vei kunne påklage tiltakene og tildelingen. Klagen må rettes mot de vedtak og avgjørelser som er truffet, og den må rettes til de etater og instanser som har tildelt de enkelte tjenestene og tiltakene. Den individuelle planen er i en slik sammenheng et viktig dokument som kan dokumentere vedkommendes faktiske situasjon, vedkommendes interesser, mål og behov for tiltak og tjenester, og ikke minst gi viktige opplysninger til de aktuelle klageinstansene om behovet for å se tjenester og tiltak i sammenheng.

En kan klage på at en ikke får utarbeid individuell plan

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. Når den individuelle planen 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 er tilsynsmyndighet og klageinstans

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 vedtak om rett til å få utarbeidet individuell plan. Fylkeslegen er ikke gitt en direkte adgang til å pålegge slik utarbeidelse, med unntak for det psykiske helsevernet. Men det følger av vårt forvaltningssystem at underordnet organ innretter seg lojalt etter overordnet organs vedtak.

Brukeren kan klage på manglende mulighet til medvirkning i planarbeidet

Brukeren har en lovbestemt rett til å få medvirke i utarbeidelsen av egen individuell plan. Dersom kommunen ikke legger til rette for en slik medvirkning, vil brukeren kunne klage over at denne retten ikke er oppfylt. Også denne klagen skal rettes til fylkeslegen.

Er brukeren for øvrig 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.

INDIVIDUELL PLAN FOR RUTH SAHLBERG

Koordinator: Gerda Gloppen

Ruth Sahlberg, Født 8.12.1967
 Adresse: Ravneberget 18, 1370 Stålby.
 Tlf. 98 82 27 73 Ruth.sahlberg@online.no

Gerda Gloppen
 Stålby kommune, Hjemmetjenesten
 Tlf. 31 38 50 00/78 Gerda.gloppen@staahlby.no

1. Denne plan gjelder fra 1.3.2001
2. Planen skal revideres hvert halvår
3. Nødvendige endringer underveis legges som vedlegg til planen.
4. Koordinator ha ansvar for å fange opp behov for endringer, og kaller inn berørte etater og instanser til planmøte hvert halvår.
5. Uoverstemmelaser, eller behov for klarlegging av samarbeidsforhold el. l. tas opp med koordinator.
6. Ruth har møte med koordinator siste torsdag i hver måned. Her tas det opp alle forhold som er av betydning for koordineringen av tjenestene.
7. Planen skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende.

Ruth Sahlberger er 34 år. Hun har 3-årig høgskoleutdanning og arbeider som saksbehandler ved et offentlig kontor. Hun er aktiv i Norges Handikapforbunds arbeid, og har tillitsverv både lokalt og sentralt.

Ruth har en svulst i øvre del av ryggen, som gjør at hun mangler førlighet i begge bein og så godt som i begge armer. Hun er avhengig av rullestol og en rekke andre tekniske hjelpemidler. Hennes tilstand forverres gradvis.

Situasjonsbeskrivelse

Ruth er daglig avhengig av hjelp fra en rekke tjenesteytere i tillegg til den hjelp hun mottar fra sin mor og far. Hun har i dag hjelp fra hjemmesykepleier 7 ganger i døgnet. Hun får fysioterapi 2 ganger i uken, og hjelp til dusjing 2 ganger hver uke. Hun har 2 timer hjemmehjelp pr. dag, og hun trenger egen transport siden kollektivtrafikken ikke er tilgjengelig.

Ruths helsemessige situasjon forverres raskt, og hun er avhengig av tett medisinsk oppfølging. Hun har en spesialavtale med nevrologisk avdeling ved sykehuset om at hun kan ta direkte kontakt om hun har behov for å spørre om noe, eller har behov for helsehjelp. Hun behøver da ikke å gå igjennom sin primærlege.

Omfanget av tjenester oppleves tilstrekkelig, med unntak av hjemmehjelp som hun mener er for lite. Hun føler at hun belaster foreldrene mer enn det som er rimelig.

Fordi Ruths medisinske tilstand gradvis forverres, må en også forvente at tjenestebehovet øker, både i omfang og innhold.

Huset Ruth bor i ble bygd på begynnelsen av 1970-tallet. Det er ikke egnet for en rullestolbruker. Boligen er også upraktisk for de som skal yte tjenester, og gjør at Ruth behøver mer hjelp enn hun hadde gjort i en bedre tilpasset bolig.

Ruth lever et aktivt liv utenom jobben, både sosialt og i forhold til frivillig arbeid. Engasjementet i Handikapforbundet medfører en del reising som ikke alltid er mulig å planlegge lang tid på forhånd. Problemet i dag er at tjenestene er for dårlig koordinert, og at det koster for mye innsats fra hennes side for å få til nødvendige endringer når hun skal reise eller delta i ting som går ut over den faste rutinen. Hun opplever en viss angst for framtiden med tanke på at hennes medisinske situasjon forverres.

Ønsker og mål

Ruth føler hun har en livssituasjon som hun trives med, til tross for usikkerheten hun lever med. Hun håper å kunne beholde jobben og de verv hun har i handikapforbundet enda en god stund, men det vil kreve gradvis mer innsats fra tjenesteapparatet. Det viktigste for Ruth er at de tjenester hun er avhengig av er skikkelig koordinert, at de ytes på hennes premisser, er fleksible nok til å kunne tilpasse seg hennes livssituasjon og oppgaver, og at hun kan ha trygghet for at tjenestene trappes opp i takt med hennes økte behov.

Tiltak og tjenester

Hjemmesykepleie: Ruth har behov for det omfang og den frekvens av bistand som hun i dag har. Det er en innebygd rutine med besøk 7 ganger per dag. Dette utgjør i dag 3 timer pr. dag. Det er gjort enkeltvedtak på 3 timer per dag, men dette skal justeres i takt med behovet. Bruker skal ha den hjelp fra hjemmesykepleien som hun til en hver tid behøver. Trolig vil antallet besøk være relativt stabilt det nærmeste halvår, mens det kan være behov for å justere besøkenes varighet, og dermed det samlede tilbudet. Tilbudet justeres etterskuddsvis ved den halvårige revidering av planen.

Tjenesten vil ytes av de tre hjemmesykepleierne som yter tjenester i hennes hjem i dag, Rune B., Laila R. og Gerda G. Det vil arbeides etter den turnus som er satt opp i samarbeid med bruker (se vedlegg 1), inntil annet er avtalt. Behov for endringer tas opp av eller med hjemmesykepleier, som er inne i hjemmet på det tidspunkt det er aktuelt, og formidles av hjemmesykepleier til ansvarlig tjenesteyter. Det kan bli behov for å trekke inn ekstra hjelp i samband med ferieavviklingen. Dette vil i så fall bli tatt opp med bruker, i god tid før ferien.

Ansvarlig tjenesteyter: Gerda Gloppen

Hjemmehjelp: Ruth har et økende behov for hjemmehjelp, fordi hennes helsetilstand reduseres gradvis. Behovet varierer, og hjelpen må derfor være fleksibel. Ruth tildeles 3 timer hjemmehjelp pr. dag, 7 dager i uken. Det arbeides med å omgjøre hjemmehjelpsressursen til brukerstyrt personlig assistanse.

Hjemmehjelpen ytes av Torunn R. på hverdager, og av Lillian L. i helgene. Lillian L. vil også normalt vikariere for Torunn R. når dette er nødvendig på grunn av ferier, sykefravær el.l.

Ansvarlig tjenesteyter er Aksel K.

Fysioterapi: Ruth har behov for 2 timer fysioterapi i uken. Tjenesten gis i Ruths hjem, mandag og torsdag, da Ruth har fri fra arbeid. Tidspunktet er 11.00 til 12.00, dersom annet tidspunkt ikke er avtalt.

Tjenesten ytes av kommunens fysioterapeut, Endre S., som også er ansvarlig for tjenesten.

Transport: Ruth har, i henhold til tidligere avtale, fri arbeidsreise. Disse reisene kommer i tillegg til den ordinære tildeling av TT-transport.

På arbeidsdager (tirsdag, onsdag og fredag) skal Ruth hentes ved sitt hjem, Ravnberget 18, klokken 07.45, og hentes ved Rådhusets hovedinngang klokken 15.15. Andre behov for transport i samband med arbeid meddeles sjåfør Anton L. eller, dersom han ikke kan nås, direkte til drosjesentralen.

Det arbeides med å få lavterskelbuss på ruten Savberget – Gloppen, som vil kunne oppheve behovet for spesialtransport.

Ansvarlig tjenesteyter: Halldor S.

Bolig: Det settes i gang arbeid med å skaffe ny bolig til Ruth. Ruths ønske er å bo sentrumsnært, men ønsker ikke omsorgsbolig i Åsen-prosjektet. To private boligprosjekter er under planlegging, på Vikan og på Lihjorget, med ferdigstillelse i september neste år. Kommunen vil skaffe tegninger og informasjon om disse. Kommunens arkitekt vil være behjelpelig med tilpasning av tegninger, og være kontaktperson i forhold til byggherre. Kommunen vil også assistere med søknad om boligtilskudd fra Husbanken, og vil være behjelpelig med å sikre restfinansiering i form av kommunalt lån eller lånegaranti.

Ansvarlig tjenesteyter: Fredrik A.

Hjelpemiddelsentralen: Ruth arbeider i dag halv stilling. Å kunne fortsette i arbeid i dette omfang enda en stund forutsetter bedre tilpasning av arbeidsplass. Kartlegging foretatt av Torhild P. konkluderer med to endringer. To dører må skiftes (bredere karmen) slik at Ruth kan anvende elektrisk rullestol på jobb. Arkiv og bokhylle må gjøres lettere tilgjengelig. Den beste løsning vil være å integrere begge deler i skrivebordet, og gjøre dem tilgjengelig ved å heve bordplaten (nivåregulering med fjernkontroll).

Hjelpemiddelsentralen vil bistå i planlegging og tilrettelegging av bolig.

Ansvarlig tjenesteyter: Tordis T.

Trygdekontoret: Ruth er 50% uføretrygdet. Det vil kunne bli behov for å justere uføreggraden, og eventuelt tilrettelegge for midlertidig opptrapping. Ruth har behov for en fast kontakt ved trygdekontoret, som kan gi råd om ulike løsninger der det er behov for det. Fast kontakt er Bente K.G.

Ansvarlig tjenesteyter: Bente K.G.

Kordinering

Ruth har et omfattende behov for tjenester, fra flere etater og instanser, på flere nivå. Alle tjenestene er viktige for at Ruth skal kunne sies å ha et helhetlig tilbud.

Det er helt vesentlig at disse tjenestene er godt koordinert, og at kommunen tar ansvaret for å sikre en slik koordinering.

Når det gjelder hjemmesykepleie, hjemmehjelp (eventuelt brukerstyrt personlig assistanse) og fysioterapi, løses det meste gjennom direkte dialog mellom Ruth og tjenesteyter. Uoverstemmelser, eller behov for klarlegging av samarbeidsforhold el.l., tas opp med koordinator.

Ruth har møte med koordinator siste torsdag i hver måned. Her tas det opp alle forhold som er av betydning for koordineringen av tjenestene.

Koordinering og framdrift i forhold til de mer tidsavgrensede prosjektene knyttet til bolig og arbeidsplass ivaretas av koordinator, i nær dialog med bruker.

Planen gjelder fra 1.3.2001, og skal revideres hvert halvår. Nødvendige endringer underveis vedlegges planen. Koordinator har ansvar for å fange opp behov for endringer, og kaller inn berørte etater og instanser til planmøte hvert halvår.



INDIVIDUELL PLAN FOR:

Navn: Nina Tørdahl
Fødselsdato: 12.03.1955
Adresse: Svingen borettslag, Oppgang A, leil. 101, 90701 Lillevik
Telefon: 88 32 00 56 • 90 48 75 48 (mobil)
E-mail adresse: nina.toerdahl@online.no

Planperiode

Planen gjelder fra 1. august 2001 – 31. juli 2003

Ansvarlig koordinator

Psykolog Thormod Karlsen, Ringøen Psykiatriske Sykehus.
Tlf: 88 99 42 00 eller e.mail. Thormod.Karlsen@Ringoen.no

Oppbevaring

Planen skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende. Hver ansvarlig tjenesteyter (definert i denne plan) har en kopi, Nina Tørdal og koordinator har hver sin original.

Oppfølgings-prosedyrer:

1. Nina har møte med koordinator om oppfølging av planen siste fredag hver måned på koordinators kontor.
2. Det avholdes møte i ansvarsgruppen hver 8 uke etter innkalling fra koordinator.
3. Eventuelle endringer i tjenestetilbudet tas opp med Nina. Endringene meddeles koordinator umiddelbart og planen justeres om det er behov for det.
4. Uoverensstemmelser mellom tjenesteyter og Nina tas opp med koordinator umiddelbart.
5. Planen skal evalueres og endringer foretas senest 1. juni 2002.

Status i dag

Nina er tidligere sykepleier, men er uførepensjonert siden 1995. Hun ble syk allerede kort tid etter at hun var ferdig utdannet sykepleier i 1986, og fikk i 1990 tildelt diagnosen schizofreni. Ninas helsemessige situasjon er i dag forbedret og forholdsvis stabil. Hun er nå knyttet til aetats tiltak "Arbeid med bistand", og hennes mål er en fast tilknytning til arbeidsmarkedet.

Nina mottar i dag tjenester fra ulike instanser; Ringøen Psykiatriske Sykehus, Lillevik kommune – hjemmetjenesten, Lillevik kommune – sosialtjenesten, Lillevik kommunale dagsenter, aetat Lillevik. I tillegg har Nina fastlege ved Tiurveien legesenter.

Nina opplever at hun har et tilstrekkelig tilbud, og i all hovedsak er Nina meget godt fornøyd med det tilbudet hun i dag mottar.

Det viktigste hensynet for Nina er at hun har et stabilt og sikkert tilbud som er der til avtalt tid, – og som stiller opp når hun har dårlige perioder. Det gir Nina den trygghet hun trenger. Om Nina opplever mangel på trygghet og stabilitet i de tilbud hun mottar, – for eksempel i tilknytning til personellutskiftning, eller ferieavvikling, vil risikoen for at sykdomsplagene øker være stor. Hun vil da trenge ekstra oppfølging, eventuelt innleggelse i sykehus.

Ved siden av behovet for trygghet og stabilitet i tilbudet, ønsker Nina seg først og fremst en fast tilknytning til arbeidslivet. Nina ønsker ikke full jobb, men at hun kan ha en arbeidstilknytning i et omfang som tilsvarer det hun har anledning til å tjene utover uførepensjonen.

Nina føler et behov for å oppdatere seg innenfor ulike deler av sykepleieryrket. Hun ønsker å hospitere ved en sykehusavdeling og i et sykehjem. Hun har nå ett år igjen på tiltaket, vil gjerne kvalifisere seg til rollen som praksisveileder i denne perioden, og få en fast kontrakt med høgskolen.

Nina ønsker å fortsette å delta i de aktivitetstilbud hun deltar i ved Lillevik kommunale dagsenter.

Ansvarsgruppe:

Nina har oppnevnt følgende en ansvarsgruppe:

- psykolog Thormod Karlsen, Ringøen Psykiatriske Sykehus (RPS).
- primærpsykepleier Torunn Holtet, Hjemmetjenesten Lillevik kommune
- leder Trude Kjelling, Lillevik kommunale dagsenter.
- Roger Stave, aetat Lillevik.

Ansvarsgruppen har møte hver 8. uke etter innkalling fra koordinator. Nina ønsker gjerne å beholde ansvarsgruppen hvor de sentrale tjenesteyterne er representert. Nina ønsker imidlertid også å ha med seg en likemann i ansvarsgruppen.

Ninas tjenestetilbud skal i planperioden være som følger:

1. Poliklinikken ved Ringøen Psykiatriske sykehus:

Mandager klokken 10.00: Samtaletime med psykolog, Thormod Karlsen.

2. Hjemmetjenesten Lillevik kommune:

Hjemmesykepleier Torunn Holtet, samtaletime 1 – 1 1/2 time hver fredag klokken 09.00. Holtet er Ninas primærpsykepleier.

Nødvendige medisiner utdeles i Ninas hjem hver morgen klokken 09.00 av Torunn Pettersen, Annette Strai og Torunn Holtet i turnus.

Nina er tildelt 2 timer hjemmehjelp hver 3. uke for rengjøring i huset.

Hjemmehjelp: Margrethe Huset. Tidspunkt for rengjøring avtales direkte mellom Nina og hjemmehjelper.

Ansvarlig: Torunn Holtet

3. Ringøen Psykiatriske sykehus: Overlege Johannes Sjøvollen – time ca. 1 gang hver måned. Sjøvollen er medisinsk ansvarlig for Nina. Nina har ansvar for bestilling av time.

4. Lillevik kommunale dagsenter:

Nina har tilbud om å delta på aktivitetene ved dagsentret så ofte og så mye hun vil og føler behov for. Senteret har åpent daglig i ukedagene fra klokken 10 – 15.

Ninas kontaktperson ved dagsenteret er Trude Kjelling. Kjelling er også senterets leder.

Nina deltar fast i følgende aktiviteter ved dagsenteret:

Åpent Hus: Hver tirsdag klokken 11.00 – 15.00.

Jentegruppen: Annen hver onsdag klokken 12.00 – 13.00.

Samtalegruppe: Hver onsdag 10.00 – 11.30.

Friluftsgruppe: Hver torsdag 12.00 –15.00.

Ansvarlig: Trude Kjelling

5. Sosialetaten: Nina tildeles støttekontakt 16 timer pr. måned. Støttekontakten er Kari Tullin. Møter mellom Nina og støttekontakt avtales dem i mellom.

Ansvarlig: Sosialleder Per Holm.

6. Aetat: Ninas engasjement som praksisveileder av sykepleiestudenter ved Høgskolen søkes opprettholdt. Kontaktperson ved høgskolen er høgskolelærer Torill Nyholm.

Arbeidsrådgiver Roger Stave tar kontakt med Vollan Sykehjem og Lillevik sentral-sykehus om hospitantordning høsten 2001. Arbeidsrådgiver søker – i samarbeide med Nina - å arbeide fram en fast arbeidskontrakt med høgskolen om engasjement i stilling som praksisveileder innenfor rammen av et arbeidsomfang tilsvarende 1 G.

Ansvarlig: Arbeidsrådgiver Roger Stave.

Hovedmål – endringer

TILTAK OG TJENESTER FOR NINA TØRDAL I PLANPERIODEN					
INSTITUSJON	TILTAK	TIDSPUNKT	KONTAKTPERSON	ANSVARLIG	VARIGHET
Ringøen Psykiatriske Sykehus	Poliklinisk samtale	Mandager klokken 10.00	Thormod Karlsen	Thormod Karlsen	Planperioden
Ringøen Psykiatriske Sykehus	Legehjelp	Månedlig	Overlege Johannes Sjøvollen		Planperioden
Hjemmetjenesten Lillevik kommune	Hjemmesykepleie Medisinutdeling	Daglig klokken 09.00	Primærsykepleier Torunn Holtet Torunn Pettersen Anette Strai	Avdelingsleder Hjørdis Krane	Planperioden
Hjemmetjenesten Lillevik kommune	Samtaletime	Fredager 09.00–10.30	Primærsykepleier Torunn Holtet	Avdelingsleder Hjørdis Krane	01.08.01–31.07.02
Hjemmetjenesten Lillevik kommune	Hjemmehjelp – rengjøring	2 timer. Hver 3. fredag i måneden	Margrethe Huset Hjørdis Krane	Avdelingsleder	01.08.01–31.07.02
Sosialetaten Lillevik kommune	Støttekontakt	16 timer pr. mnd. Avtales direkte	Støttekontakt Kari Tullin	Sosialleder Per Holm	Planperioden
Lillevik kommunale dagsenter	Aktiviteter Åpent Hus	Tirsdager 11–15	Leder Trude Kjelling	Leder Trude Kjelling	Planperioden
Lillevik kommunale dagsenter	Jentegruppe	2. hver onsdag 12–13	Miljøarbeider Olaug Paulsen	Leder Trude Kjelling	Planperioden
Lillevik Kommunale dagsenter	Samtalegruppe	Onsdager 10–11.30	Miljøarbeider Olaug Paulsen	Leder Trude Kjelling	Planperioden
Lillevik kommunale dagsenter	Friluftsgruppe	Torsdager 12–15	Aktivitør Petter Simonsen	Leder Trude Kjelling	Planperioden
Aetat Lillevik	Arbeid med bistand	Høst 2001-Vår 2002	Arbeidsrådgiver Roger Stave Høgskolelærer Torill Nyholm	Arbeidsrådgiver Roger Stave	Til 30.6.02

Godkjent	Navn og tittel	Forpliktende underskrift
2. Juni 2001	Sykepleier Torunn Holtet, Hjemmetjenesten, Lillevik kommune	
2 . Juni 2001	Leder Trude Kjelling, Lillevik kommunale dagsenter	
10. Juni 2001	Sosialleder Per Holm, Lillevik kommune, sosialetaten	
12. Juni 2001	Overlege Johannes Sjøvollen, Ringøen Psykiatriske Sykehus, Lillevik.	
10. Juni 2001 Lillevik	Arbeidsrådgiver Roger Stave, aetat	
20. Juni 2001	Psykolog, Thormod Karlsen, Ringøen Psykiatriske Sykehus, Lillevik	

Lillevik 25. juni 2001

Nina Tørdahl
Bruker

Thormod Karlsen
Individuell koordinator



INDIVIDUELL PLAN FOR:

Navn: Trond Haukland
Planperiode: 1.12.2000 –1.12.2005
Koordinator: Sonja Johansen. Koordinator er ansatt ved:
Sosialkontor C i Vilund kommune, Storgata 4, 12001 Vilund
Tlf: 24 17 35 00 eller e.mail. SoJoh@vilund.kommune.no

Evaluering og justering

1. Planen skal evalueres og justeres etter tre måneder (1.1.2002)
2. Senere 1. mars og 1. september hvert år.
3. Dersom foreldrene ber om det, kan justering gjøres i samarbeid med koordinator og den tjenesteyter det gjelder, på ethvert tidspunkt så lenge planen gjelder.
4. Endringer som tjenesteapparatet ønsker å foreta gjøres etter avtale med Tronds foreldre. Tjenesteyter tar da kontakt med koordinator som forelegger dette for Tronds foreldre, og eventuelt tar seg av ny koordinering.

"Hva skal du gjøre når du blir voksen, Trond?"

"Jeg vil kjøre traktor og så vil jeg ha sauer!"

Oppbevaring:

Planen skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende. Foreldrene til Trond og koordinator har hver sin original. Hver ansvarlig tjenesteyter (definert i denne plan) har en kopi.

Har gitt sin tilslutning i form av underskrift

Marit og Peder Haugland, foreldre	_____
Sonja Johansen, koordinator	_____
Hans, Hansen, ordfører i Vilund kommune	_____
Jan Jensen, rådmann i Vilund kommune	_____
Harald Olsen, fastlege	_____
Leif Iversen, fast tannlege	_____
Tone, Underdal, trygdesjef i Vilund kommune	_____
Tormod Jensen, fylkesskolesjef	_____
Sofie Larsen, spesialpedagogisk senter	_____
Vidar Sandbakken, leder Habiliteringstjenesten på spesialistnivå	_____

Trond Haugland

Fødselsdato: 30.2.1988
Diagnose: Autisme og epilepsi
Foresatt: Marit og Peder Haukland
Adresse: Småbåtsvingen 320, 12001 Vilund

Trond går i 9. klasse på Tråvik ungdomsskole. Han bor sammen med sine foreldre og sine to søsken. Trond er opptatt av kort- og dataspill. Han liker uteaktiviteter som innebærer stor grad av kroppslig utfoldelse og høyt tempo. Han har et jevnt godt humør, men har ingen kamerater. Trond har et svært begrenset ordforråd. Tronds autisme innebærer at han er helt avhengig av stabilitet og kontinuitet. Alle små og store forandringer krever at Trond får tid til nødvendig tilvenning til "det nye". Han trenger i tillegg stimulering og tilsyn for ikke å lukke seg inn i sin egen verden og for å utvikle seg. Dersom han ikke blir tilstrekkelig stimulert, eller ikke blir gitt nødvendig tid til omstilling, har han en tendens til å bli aggressiv og/eller til å selvstimulere.

Trond har en godt regulert og medisinert epilepsi. Epilepsien hans innebærer at han av og til får anfall. Tronds anfall innebærer ikke bevissthetstap, men han siger om mot venstre side i relativt korte krampeanfall. Disse anfallene innebærer ikke at han trenger å benytte hjelm eller andre typer hjelpemidler.

Overordnet mål:

Alt arbeid med Trond skal ta utgangspunkt i hans personlighet, lynne og integritet. Tronds egendefinerte mål er å få kjøre traktor og ha sauer. Selv om disse målene er tilnærmet uopnåelige, ønsker foreldrene at det jobbes med løsninger som tar utgangspunkt i hans mål.

Hensyn som er tatt:

Før individuell plan ble laget til Trond har familien hatt flere samtaler med koordinator. Samtalene har ledet til at koordinator har kunnet danne seg et bilde av både Trond og familiens behov. For foreldrene til Trond er det viktig at planen er så kort som mulig. Den individuelle planen er derfor uten kartlegging og prosessbeskrivelse. Bare den informasjonen som er strengt nødvendig er skriftliggjort i planen. Det er kun koordinator som sitter inne med fullstendige opplysninger om kartleggingen. Den enkelte tjenesteyter vil kunne få bakgrunnsopplysninger ved å henvende seg til koordinator. Dette forutsetter informert samtykke fra foreldrene.

Status i dag

- Trond har enkeltvedtak på støttekontakt 20 timer pr. måned (Fra 14. Oktober 2000- 14. Oktober 2001). Ny søknad sendes senest september 2001, av koordinator.
- Trond har vedtak på en-til-en bemanning i skole/SFO fra kl. 8.30 til 16.15 hver dag. Dette vedtaket gjelder ut grunnskolen. Ny søknad om bemanning i videregående skole, må sendes senest februar 2002 av koordinator i samarbeid med PPT.
- Foreldre, lærepersonell og ansatte ved avlastningsboligen får veiledning fra spesialisthelsetjenesten og spesialpedagogisk senter
- Trond er med i fastlegeordningen, og hans fastlege er Harald Olsen
- Trond har en fast tannlege som er Leif Iversen
- Trond har tandesykkkel, trampoline, dagtavle og dataverktøy fra hjelpemiddelsentralen. Trond mangler opplæring i det tildelte dataverktøyet
- Familien har hjelpestønadsats 3 til Trond er 18 år. Det er påkrevd med avklaringer rundt uføretrygd, eventuelt arbeidsmarkedstiltak.

- Foreldrene til Trond har enkeltvedtak på avlastning 7 døgn pr. mnd. (fra april 2001–april 2002). Behovet er ikke tilfredstillende dekket på grunn av at tilbudet gis i perioder hvor familien opplever avlastningen unødvendig, mens de i perioder hvor behovet er tilstede, mangler avlastning. Ny søknad sendes senest mars år 2002 av koordinator.

OPPSTART/TIDSRUM	MÅL	KOORDINERING, TILTAK OG TJENESTER/	ANSVARLIG	DATO FOR EVALUERING
Hele perioden	God kommunikasjon mellom tjenesteytere og Tronds hjem	Samtaler mellom Tronds foreldre og koordinator på koordinatorens kontor første mandag hver tredje måned rett etter arbeidstid.	Sonja Johansen, koordinator	Kontinuerlig
Hele perioden	Sammenhengende tjenester	Koordinator har ansvaret for å innkalle berørte parter til evalueringsmøter og sørge for at avtalte tjenester blir gjennomført.	Sonja Johansen, koordinator	Kontinuerlig
Hele perioden	Foreldrene skal slippe å være borte fra jobben.	Legge så mange som mulig av de nødvendige møtene til etter kl.16.00	Sonja Johansen, koordinator	Kontinuerlig
Hele perioden	Faglig påfyll til lærepersonell som jobber med Trond ved Tråvik ungdomsskole og siden til Gårdstun videregående skole	Veiledning på skolen en gang i måneden.	Spesialpedagogisk senter v/Leder Sofie Larsen	Kontinuerlig
Hele perioden	Opplæring og diskusjon om arbeidet med Trond og utfordringene med å motivere Trond til innsats	Veiledningsopphold i habiliteringstjenesten på spesialistnivå en gang i året.	Vidar Sandbakken, Habiliteringstjenesten på spesialistnivå	Årlig 1. September
Hele perioden	Opplæring om epilepsi	Opplæring av nytt personell om epilepsi, samt hvordan håndtere Tronds type anfall. Det finnes eget skriv er utarbeidet, som alle ny ansatte får	Sonja Johansen og Vidar Sandbakken, Habiliteringstjenesten på spesialistnivå	Kontinuerlig
Hele perioden	Holde epilepsien stabil	Kontroll av epilepsi første mandag annenhver måned kl. 8.30	Tronds fastlege Harald Olsen	Kontinuerlig
Hele perioden	Gå til tannlege etter behov	Tannlegebesøk hver tredje måned, ved innkalling. Eget tilvenningsopplegg utarbeidet	Tannlege Leif Iversen og Tronds foreldre	Kontinuerlig
Desember 2000	Avklare hva som er nødvendig kompetanse i opplæring av Trond	Nevro-psykologisk utredning	Vidar Sandbakken Habiliteringstjenesten på spesialistnivå.	1/3-2001
Desember 2000	Avlastningstilbud annenhver helg	Jobbe for å endre avlastnings-tilbudet fra en uke i måneden til to perioder i forbindelse med helg	Anne Berg, Leder avlastningsbolig	1/3-2001 Manglende endring vil her måtte begrunnes
Mars 2001	Tilby Trond undervisning	Ansette lærerkrefter ved Tråvik ungdomsskole i tråd med nevro-psykologisk utredning, fortrinnsvis av personell som kan følge med til "Gårdstun videregående skole"	Ole Pettersen, Rektor Tråvik Ungdomsskole	1/9-2001
Mai 2001	Gi et planlagt, strukturert, helhetlig og individuelt tilpasset opplæringstilbud	Lage individuell opplæringsplan for skoleåret 2001/2002 med utgangspunkt i at Trond i fremtiden skal arbeide ved Kyllingåsen gård og bo for seg selv	Truls Olsen, Klasseforstander i Tronds klasse Tråvik Ungdomsskole	1/9-2001
Mars 2001	Komme seg til skolen skoleåret 2001/2002	Utredes	Turid Hansen, Oppvekst og kultur og Truls Olsen, Klasseforstander i Tronds klasse, Tråvik Ungdomsskole	1/9-2001

OPPSTART/TIDSROM	MÅL	KOORDINERING, TILTAK OG TJENESTER/	ANSVARLIG	DATO FOR EVALUERING
Mars 2001	Økonomisk trygghet for Trond i voksen alder	Vurdering av arbeidsmarkedstiltak kontra uføretrygd – skaffe informasjon	Sonja Johansen, Koordinator	1/9-2001
August 2001	Starte på klatrekurs	Støttekontakten følger Trond på kurs	Tronds foreldre og Bjørn Tunhaug, Støttekontakt	1/3-2002
September 2001	Videreføre støttekontakt-ordning	Sende søknad om støttekontakt – vurdere om behovet har endret seg	Sonja Johansen, Koordinator og Tronds foreldre	1/3-2002
September 2001	Avklare om Trond trenger hjelpeverge og i tilfelle hvem dette skal være	Ta initiativ til nødvendige samtaler mellom Tronds foreldre og offentlige instanser	Sonja Johansen, Koordinator	1/3-2002
September 2001	Gi videregående opplæring til Trond	Introdusere "Gårdstun videregående skole" overfor Trond	Truls Olsen, Klasseforstander i Tronds klasse, Tråvik Ungdomsskole	1/3-2002
September 2001	Trond skal ta buss til den vi deregående skolen skoleårene 2002/2005	Kontakte en lokal kjøreskole for å gi Trond nødvendig tilvenning til å ta buss	Turid Hansen, Oppvekst og kultur avdeling Truls Olsen, Klasseforstander i Tronds klasse, Tråvik Ungdomsskole	1/3-2002
September 2001	Bedre datakunnskapene til Trond	Dataopplæring av Tronds lærepersonell og hans foreldre	Ole Pettersen, Rektor Tråvik ungdomsskole	1/3-2002
September 2001	Jobb ved Kyllingåsen gård	Introduksjon i mulige arbeidsoppgaver ved Kyllingåsen gård en dag i uken	Ole Pettersen, Rektor Tråvik Ungdomsskole Bonde Finn Lykke	1/3-2002
Januar 2002	Skaffe ressurser til Tronds videregående opplæring	Sende søknad om bemanning i videregående skole	Sonja Johansen, Koordinator	1/3-2002
Mars 2002	Avlastning også etter April 2002	Skrive søknad om Avlastning	Sonja Johansen, Koordinator	1/9-2001
Høsten 2002	Eget hjem for Trond	Planlegge utforming og lokalisering av og varig bolig for Trond. Tilby Trond gradvis flytting innen 2005.	Sonja Johansen, Koordinator	1/3-2003

Forskrift om individuelle planer

Fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 8. juni 2001 med hjemmel i lov 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-2 a, lov 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m m § 2-6 og lov 2. juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1, jf. kgl. res. av 3. november 2000 nr. 1097.

Kap 1 Virkeområde og formål

§ 1 Virkeområde

Forskriften gjelder individuelle planer som skal utarbeides etter bestemmelser gitt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-6 og psykisk helsevernloven § 4-1.

§ 2 Formål

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er:

- a) å bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten,
- b) å kartlegge pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke pasientens bistandsbehov,
- c) å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Kap 2 Alminnelige bestemmelser om individuell plan

§ 3 Pasientens rettigheter

Pasient med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Pasienten har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og pasientens pårørende ønsker det.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Den individuelle planen gir ikke pasienten større rett til helsehjelp enn det som følger av det øvrige regelverket.

§ 4 Samtykke

Individuell plan skal ikke utarbeides uten pasientens samtykke.

Uavhengig av bestemmelsen i første ledd skal det utarbeides individuelle planer for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Dersom samtykke ikke foreligger skal det likevel søkes å oppnå et samarbeid med pasienten om planleggingen.

Pasientrettighetsloven kapittel 4 om samtykke til helsehjelp gjelder tilsvarende.

§ 5 Ansvar for å utarbeide individuell plan

Kommunen og fylkeskommunen har plikt til å sørge for at individuell plan etter § 1 utarbeides for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a og spesialisthelsetjenesteloven § 2-6. Har pasienten behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater skal kommunen og fylkeskommunen samarbeide med disse. For pasienter under psykisk helsevern har institusjonen ansvar for å utarbeide individuell plan for vernet, jf. psykisk helsevernloven § 4-1. Den del av helsetjenesten pasienten henvender seg til har plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes.

Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides en individuell plan for hver enkelt pasient, som skal omfatte behov for tjenester fra primær- og spesialisthelsetjenesten.

§ 6 Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til pasientens etniske kulturelle og språklige forutsetninger.

Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- 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 framdriften i arbeidet med planen,
- d) en oversikt over hva pasienten, tjeneste- og bidragsyterne og evt. 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.

§ 7 Taushetsplikt

De alminnelige reglene om taushetsplikt, jf. forvaltningsloven §§ 13 til 13 e, pasientrettighetsloven § 3-6 og helsepersonelloven kapittel 5 kommer til anvendelse.

§ 8 Gjennomføringen av den individuelle planen

Den alminnelige ansvars- og funksjonsdelingen mellom kommune, fylkeskommune og statlige etater legges til grunn ved gjennomføringen av planen, dersom ikke annet avtales.

§ 9 Klage

Ved klage på rett til individuell plan kommer bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 7 til anvendelse.

§ 10 Ikraftsetting

Forskriften trer i kraft 1. juli 2001.

Merknader til de enkelte bestemmelser

Til § 2 Formål

Bestemmelsen angir de mest sentrale formål med utarbeidelsen av individuelle planer. Det fremgår av litra a) at et sentralt formål med utarbeidelsen av individuelle planer er at tilbudet til pasienten er helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset. Den individuelle planen skal således være et virkemiddel for å sikre at tjenestene pasienten får fra ulike tjenesteytere samordnes, at tjenestene blir vurdert i en sammenheng, og at det er den enkelte pasientens behov som er utgangspunktet for ytelsen av tjenesten. Målet er at de tjenester og ytelser som pasienten mottar fra helsetjenesten og andre etater som trygdeetaten, a-etaten, skoleetaten, sosialetaten etc fremstår som helhetlig. Det vises i denne forbindelse til § 5 hvor det fremgår at kommunen og fylkeskommunen har plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere dersom dette er nødvendig for å sikre et helhetlig tilbud til pasienten.

Det fremgår videre av bestemmelsen at den individuelle planen skal være et virkemiddel for å sikre at det alltid er én tjenesteyter som påser at pasienten får nødvendig oppfølging. Det er således et mål at pasienten ikke skal bli en kasteball i systemet, hvor ingen tar ansvar for nødvendig oppfølging av pasienten.

Det følger av bestemmelsens litra b) at utarbeidelsen av en individuell plan er et virkemiddel for å få kartlagt pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder. Kartleggingen skal ta utgangspunkt i hva pasienten definerer som mål og hvilke ressurser og behov pasienten mener å ha. Dette er sentralt for at pasienten selv skal føle det meningsfullt å arbeide etter de fastsatte mål. Skal den individuelle planen kunne oppfylle sitt formål, er det nødvendig at den er realistisk. Pasientens mål må derfor formuleres gjennom et samspill/samarbeid mellom pasienten og tjenesteyterne som sitter på relevant kompetanse og erfaring. Målet kan gjelde andre forhold enn de rent helsemessige, f eks mål om å komme i arbeid eller ta utdanning.

Et formål med utarbeidelsen av den individuelle planen er videre at tjenesteyterne på grunnlag av pasientens definerte mål og angitte behov vurderer hvilke tiltak som er egnet for dekke behovene. Det vises i denne forbindelse til merknaden til § 6 e).

Etter bestemmelsens litra c) er det et formål med å utarbeide individuelle planer at samhandlingen mellom tjenesteytere og pasient styrkes. Pasientens medvirkning i planleggingen står sentralt. Det vises i denne forbindelse til § 3 første ledd, hvor det fremgår at pasienten har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan. I tillegg er det et formål med å utarbeide individuelle planer å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Et mål med planen er således å sørge for at de som er ansvarlige for tiltakene samarbeider og således bidrar til at tilbud til pasienten blir helhetlig og godt koordinert.

Til § 3 Pasientens rettigheter

Bestemmelsens første punktum, om rett til individuell plan, tilsvarer pasientrettighetsloven § 2-5. Det følger videre at pasienten har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan. Bestemmelsen er gitt for å sikre at pasienten får innflytelse over egen situasjon. Hjelpeapparatet må således legge til rette for optimal brukermedvirkning i hele planprosessen. Det må legges spesiell vekt på, og avsettes tid til, å få frem pasientens egne mål for fremtiden. I mange tilfeller har pårørende en sentral rolle. Det er viktig å ha denne gruppen i tankene. Ved utarbeidelse av disse

planene bør det derfor også tas hensyn til pårørendes situasjon og behov, og det vil derfor ofte være naturlig at disse trekkes inn i arbeidet.

Til § 4 Samtykke

Første ledd:

Det fremgår av bestemmelsens første ledd at det ikke skal utarbeides en individuell plan etter forskriften uten at pasienten har gitt sitt samtykke til dette. Det vises til § 6 h) om at planen skal inneholde pasientens samtykke til utarbeidelsen av planen. Samtykke skal være informert. Det innebærer at pasienten må være informert om og ha forstått hva en individuell plan er og hva samtykket vil innebære.

Annet ledd:

Uavhengig av om pasienten gir sitt samtykke skal det utarbeides individuell plan for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Begrunnelsen for dette følger av de organisatoriske behov som vil gjøre seg gjeldende innen det tvungne psykiske helsevern. Skal tvungent vern kunne forsvares, må helsetjenesten også ha et definert mål for den behandling og det vern som gis pasienten. Brukermedvirkning står sentralt ved utarbeidelsen av den individuelle planen. Det er derfor generelt sett viktig å forsøke å få til et samarbeid med pasienten, selv om pasienten i disse tilfellene ikke gir sitt samtykke til at individuell plan utarbeides. Det påligger således tjenesteyterne en plikt til å forsøke å opprette et samarbeid med pasienten.

Dersom pasienten ikke samtykker til utarbeidelse av individuell plan, må planarbeidet begrenses ut fra de rammer bestemmelsene om taushetsplikt setter.

Til § 5 Ansvar for å utarbeide individuell plan

Første ledd:

Det følger av forskriftens hjemmelslover at så vel kommunen som fylkeskommunen har en selvstendig plikt til å sørge for at det utarbeides individuelle planer. Utarbeidelsen av disse planene skal skje gjennom et samarbeid mellom forvaltningsnivåene.

Det vil variere hvilken instans som tar initiativet til å få satt i gang planprosessen, og hvilken instans som tar koordineringsansvaret. Verken kommunehelsetjenesteloven eller spesialisthelsetjenesteloven gir det ene forvaltningsnivå noen sterkere plikt enn et annet. Det vises imidlertid til pasientrettighetsloven § 2-5 som gir enhver pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester en rett til å få utarbeidet en individuell plan i samsvar med bestemmelsene i denne forskrifts hjemmelslover. Dette vil i prinsippet innebære at den instans som pasienten henvender seg til, det være seg innen kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten, har plikt til å sørge for at en slik plan blir utarbeidet.

Det er viktig å presisere at pasientene som har rett til individuell plan etter forskriften ofte vil ha behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, f.eks. trykdeetaten, a-etaten, skoleetaten og sosialetaten. Etter bestemmelsen første ledd annet punktum har kommunen og fylkeskommunen en plikt til å samarbeide med disse.

Annet ledd:

Det skal kun utarbeides en individuell plan for hver enkelt pasient. Med en plan menes et samordnet dokument som er resultatet av en planprosess der utgangspunktet er pasientens mål og behov for tjenester.

Et hovedpoeng med planen er at den samler på ett sted de tiltak/ytelser som skal til for å nå de mål pasienten har satt seg på ulike livsområder og til ulik tid og hvor tiltakene/ytelsene er samordnet. Det er imidlertid en forutsetning at målene lar seg realisere og at tiltakene er planlagt ut fra de ressursrammer som eksisterer. Både pasient og bistandsyttere må se sine oppgaver i forhold til hverandre, se sammenhengene mellom de ulike tiltak, sikre flyt eller samtidighet i tiltakene, og samhandling der dette er nødvendig.

Til § 6 Innholdet i individuell plan

Når det gjelder innholdet og omfanget av de individuelle planene må dette tilpasses behovene for tjenester til den enkelte pasient. Planens omfang og innhold vil derfor måtte variere.

Den individuelle planen skal være enkel og oversiktlig og kan derfor ikke omfatte detaljer. Det kan således være nødvendig for de enkelte tjenesteyterne/etater i tillegg å utforme detaljerte delplaner.

Under utarbeidelse av planen skal det tas hensyn til pasientens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Det vises i den anledning til sameloven §§ 3-3 og 3-5. Det fremgår av disse bestemmelsene at i forvaltningsområdet for samelovens språkregler har den som henvender seg til et lokalt eller offentlig organ på samisk, en lovfestet rett til å bli betjent på samisk.

Det fremgår av bestemmelsens litra a) at planen skal gi en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester. Bestemmelsen må sees i sammenheng med forskriftens § 2 b. Disse målene, som pasienten har definert i samarbeid med tjenesteyterne, vil være utgangspunktet for vurderingen av hvilke tiltak som er aktuelle, se litra e).

Etter litra c) skal planen inneholde en angivelse av hvem som gis et særlig ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen. I planarbeidet vil det være nødvendig at en person tar et særlig ansvar for å sørge for at det skjer en samordning, og at det er fremdrift i arbeid med planen. Hvem som skal ha dette ansvaret må vurderes i forhold til hva som er hensiktsmessig i den enkelte sak.

Det følger av litra d) at det tydelig må fremgå av planen hva de ulike tjenesteyterne og pasient/evt. pårørende skal bidra med i planarbeidet.

Etter litra e) skal planen inneholde en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem. Tiltakene som planlegges må så langt som mulig være svar på pasientens behov for bistand fra andre, og klart beskrevet. Det er viktig at planen er realistisk i forhold til tiltak, slik at pasienten ikke forespeiles tiltak som ikke vil kunne gjennomføres.

Det fremgår av § 4 at pasienten i utgangspunktet skal samtykke til at planen utarbeides. Dette samtykke skal fremgå av planen, (jf litra h). I tillegg vil det ofte være nødvendig at pasienten samtykker til at deltakere i planlegging gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Det vises i denne forbindelse til merknaden til § 7 om taushetsplikt. Et eventuelt samtykke til å gi deltakere i planleggingen tilgang til taushetsbelagte opplysninger, skal også fremgå av planen. Her må det komme klart frem hva slags type informasjon det er gitt samtykke til å gi videre og til hvem.

Etter litra i) skal planen også inneholde en oversikt over nødvendig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater. Det vises i denne forbindelse til § 5

hvor det fremgår i første ledd at det foreligger en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere.

Til § 7 Taushetsplikt

Informasjon om vedkommendes helsetilstand og levestandard kan være nødvendig for å utarbeide en individuell plan. Opplysninger som gis i forbindelse med utarbeidningen av en individuell plan vil svært ofte være taushetsbelagt etter de alminnelige reglene for taushetsplikt. Det er således ikke gitt noe unntak for disse bestemmelsene i forbindelse med planarbeidet. I den utstrekning taushetsbelagte opplysninger må bringes videre må det derfor først innhentes samtykke fra den som har krav på taushet, som regel pasienten.

Hovedregelen om taushetsplikt for helsepersonell er helsepersonelloven § 21. Etter bestemmelsen skal helsepersonell hindre at andre får tilgang eller kjennskap til folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Helsepersonell er i helsepersonelloven § 3 definert som personell med autorisasjon, personell i helsetjenesten eller i apotek som utfører handlinger som har forebyggende, helsebevarende eller rehabiliterende mål, samt elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt.

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger også gis samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, jf helsepersonelloven § 25. Pasienten skal i så stor grad det er mulig gjøres kjent med at det utleveres opplysninger, og kan motsette seg dette. Den som mottar taushetsbelagte opplysninger vil være underlagt taushetsplikten i helsepersonelloven.

De som ikke har taushetsplikt etter helsepersonelloven vil i all hovedsak omfattes av taushetsplikten i forvaltningsloven. Forvaltningslovens bestemmelse om taushetsplikt gjelder for enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan.

Taushetsplikten gjelder ikke kun de medisinske forhold, den gjelder opplysninger om alle personlige forhold.

Pasientens eller evt pårørende kan gi samtykke til at visse opplysninger gis videre til andre. Et slikt samtykke må være informert; det forutsetter at pasienten, eventuelt pårørende, forstår hva de gir samtykke til. Når taushetsplikten fravikes gjennom informert samtykke, kan opplysningene bare gis videre til de personer/etater som vedkommende har samtykket til skal få de konkrete opplysningene samtykke gjelder.

Til § 8 Gjennomføringen av den individuelle planen

Det fremgår av bestemmelsen at den alminnelige ansvars- og funksjonsfordeling mellom kommunen og fylkeskommunen skal legges til grunn ved gjennomføringen av planen. Den tjenesteyter/etat som har ansvar for tjenesten har ansvaret for at de planlagte tiltak gjennomføres.

Til § 9 Klage

Etter § 7-1 i pasientrettighetsloven kan pasient eller representant for pasienten anmode den som yter helsehjelp om at rettigheten etter § 2-5 blir oppfylt. Dersom anmodningen avvises eller det hevdes at rettigheten er oppfylt kan det klages til fylkeslegen, jf pasientrettighetsloven § 7-2. Det vises for øvrig til bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 7.

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-1026

Design & trykk: www.kursiv.no 08/2001 – 5000

Forsidebilde: Imagebank/Alberto Ruggieri

