



# Individuell plan

-En veileder  
i utarbeidelse av individuell plan



**FREDRIKSTAD KOMMUNE**

Forebyggende og kurative helsetjenester 2008

- Innledning
- Prosessen
- Det praktiske arbeidet
- Mal - individuell plan (eget dokument)
  - Samtykke erklæring
  - Oversikt kontaktpersoner
  - Sjekkliste
  - Skjema for evaluering
  - Fremdriftsplan

# I. Innledning

## Bakgrunn

Den nye felles forskrift om individuelle planer etter helse Lovgivingen og sosialtjenesteloven gir personer med langvarige og sammensatte tjenester fra det offentlige hjelpeapparat, en rett til å få utarbeidet en individuell plan. Det betyr samtidig at det offentlige hjelpeapparat gis plikt til å utarbeide en individuell plan.

Denne retten er regulert i Pasientrettighetsloven § 2-5, med utfyllende regulering i "Forskrift om individuelle planer", som har sin lovmessige forankring i henholdsvis:

- Kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a
- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5
- Psykisk helsevernloven § 4-1
- Sosialtjenesteloven § 4-3 a

## Hva er en individuell plan?

En individuell plan skal tilpasses den enkelte persons individuelle behov og bidra til et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Planen skal inneholde alle de tjenester som er nødvendige (konkretisere hjelpebehov), og plassere ansvar hos ulike instanser i hjelpeapparatet. Bruker og eventuelt pårørende må delta i prosessen med å utarbeide planen og formidle ønsker, behov og erfaringer. Reell brukermedvirkning forutsetter deltakelse i planprosessen som gjelder egen livssituasjon. En individuell plan må inneholde noe om brukerens funksjonsnivå og behov, mål og tiltak for å nå målene. Plassering av ansvar er viktig. Hvem har

ansvar for hva, og når skal tiltakene gjennomføres? Planen kan ha et perspektiv fra noen måneder til flere år.

## Hvorfor individuell plan?

En individuell plan er et arbeidsredskap som styrker medvirkning og påvirkning fra brukeren. Planen tar utgangspunkt i brukerens behov, ønsker og mål, og bidrar til å systematisere brukerens behov for tjenester og ytelser.

**Fredrikstad kommune har utarbeidet denne veilederen samt vedlagte mal som hjelpemiddel for arbeidet.**

Planen klargjør ansvarsdelingen mellom involverte parter, og er et redskap for tverrfaglig samarbeid og koordinering av tiltakene rundt den enkelte og tjenesteyterne.

Planen vil kunne gi et utgangspunkt for evaluering og kvalitetssikring av den enkelte brukers tilbud.

## Rikstrygdeverket

Brukere med hjelpemiddelbehov som har/skal få en individuell plan kan velge å bruke denne i stedet for vanlige søknader om hjelpemidler hvis behovet for hjelpemidler kan leses ut av planen.

Når planen er godkjent av bruker ved underskrift og kommune/helseforetak, kan planen sendes til hjelpemiddelsentralen, som fatter vedtak på hjelpemidler for en gitt tidsperiode. Eget samtykke for innhenting av opplysninger må skrives under av bruker.

**Bruker/pårørende er aktivt med i planprosessen!**

## II. Prosessen

### **Avklare om en person har rett til og ønske om en individuell plan**

Prosessen starter ved at

- a) en bruker henvender seg til tjenesteapparatet med ønske om en individuell plan, eller
- b) en fagperson innenfor en virksomhet får kunnskap om at en bruker har sammensatte hjelpebehov. Den som tar i mot henvendelsen skal evt. i samarbeid med virksomhetsleder med bakgrunn i lovverket, vurdere og avklare om personen har rett til en plan eller ikke.

Dersom det er usikkerhet om hvordan rutinene for dette arbeidet er, må det innhentes informasjon om dette hos rådgiver for individuelle planer, Forebyggende og kurative helsetjenester.

### **Personen har rett til en individuell plan - valg av koordinator**

Det er viktig at det raskt blir valgt ut en koordinator som skal lede hele planprosessen. Denne personen bør ha oversikt over tjenesteapparatet og gode kommunikative evner. Bruker skal ha innflytelse i forhold til valg av koordinator. (Det kan også utnevnes en vikar for koordinator.)

Dersom det er usikkerhet om hvordan rutinene for dette arbeidet er, må det innhentes informasjon om dette hos rådgiver for individuelle planer, Forebyggende og kurative helsetjenester.

### **Klargjøres**

Taushetsplikt og samtykke erklæring informeres om og innhentes. Fagpersoner som er med i arbeidet omfattes av gjeldende regler om taushetsplikt.

### **Samtalene**

Når det er utnevnt en koordinator for en individuell plan, vil det være naturlig at

koordinatoren tar initiativ til en eller to samtaler for å få vite noe om behovene og tjenestene personen ønsker hjelp til. Målene kan godt være "urealistiske", men tiltakene må være realistiske.

### **Kartleggingen**

Med kartlegging menes 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. Hva kan brukeren selv gjøre og hva trenger han/hun bistand til? (Det vil i de fleste områder allerede være gjort en kartlegging, og tiltak er allerede i gang.) Hovedmålene i kartleggingen som allerede er gjort, skrives inn i den individuelle planen hvis dette er noe brukeren ønsker at man skal jobbe videre med.

Kartleggingen bør ikke begrense seg til medisinske eller helsemessige forhold. Det er 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.

Mennesker med nedsatt kommunikasjonsevne, har ikke samme mulighet til å formidle sine behov for tros- og livssynsutøvelse eller til å praktisere sin tro/sitt livssyn som andre uten bistand. Her utvikler prosessen med den individuelle planen seg i forskjellige retninger:

#### **1 Samarbeidsmøter**

Koordinator inviterer til samarbeidsmøter med aktuelle tjenesteytere for å avklare faglige spørsmål og/eller tjenestetilbud ved behov. Brukeren er med dersom han/hun ønsker det.

## 2 **Telefoner og søknader**

Koordinator eller bruker gjør de nødvendige henvendelser til andre tjenesteytere og etater/virksomheter for avklaring av tjenestetilbud.

## 3 **Ansvarsgruppemøter**

Om nødvendig holdes det ansvarsgruppemøte, som er et møte for brukeren. Brukeren får her svar på sine spørsmål, og får diskutert ulike alternativer og problemstillinger.

## **Uavhengig av hvilke retning prosessen utvikler seg i (pkt 1, 2, eller 3) bør det nå**

- fattes vedtak for tiltak og tjenester som trenger vedtak.
- øvrige tjenester bekreftes av person med myndighet til å gi den nødvendige bistand.
- planen godkjennes av brukeren/foresatte.
- den individuelle planen distribueres, originalen oppbevares hos bruker, eller den han/hun bestemmer.

Blir det ikke gitt respons på anmodning om å lage en individuell plan eller om arbeidet er mangelfullt kan brukeren klage til fylkeslegen.

## **Prosesen krever**

Det bør være jevnlig kontakt mellom bruker/foresatte og koordinator. Det er viktig at evaluering av planen skjer kontinuerlig, og at tiltakene endres i forhold til mål dersom ikke tiltakene fungerer hensiktsmessig. Målene endrer koordinator dersom målene ikke lenger anses som ønskelig av bruker.

## **Ansvar/deltakere**

Hvem skal delta i planleggingsprosessen? Det er viktig at brukeren selv eller foresatte i samarbeid med kommunen/helseforetaket velger den personen de mener kan være et "talerør" for han/hun utad. Denne personen har ansvar for å lede planprosessen, og bør derfor ha oversikt over tjenesteapparatet.

Koordinator samarbeider med personer i tjenesteapparatet som er viktige for gjennomføring og oppfølging av de enkelte tiltakene. Der hvor planarbeidet allerede er satt i gang, for eksempel i spesialisthelsetjenesten, vil det være naturlige med samarbeid over en periode for oppfølging av foreslåtte tiltak.

Det er tre instanser som er gitt en plikt til å utarbeide individuelle planer; kommunen, helseforetaket og det psykiske helsevern. Det er imidlertid viktig at disse 3 instansene avklarer seg i mellom hvem som skal ta ansvaret. Alle instansene har like stor plikt til å være med å delta i arbeidet.

## **Plikten for andre til å samarbeide med helsetjenesten ved utarbeidelse av individuelle planer**

I de tjenester i kommunen som ikke er pålagt å utarbeide individuelle planer, er det allikevel en plikt til samarbeid om den enkelte bruker sin individuelle plan. Planer som er aktuelle å samordne med en individuell plan er for eksempel IOP (individuell opplæringsplan), tiltaksplaner for barn under omsorg av barneverntjenesten og tiltaksplaner for rusmisbrukere på institusjon.

*Se også vedtak i omsorgsutvalg, oppvekstutvalg og sosial- og familieutvalg 24. 10. 02 for Fredrikstad kommune.*

### III. Det praktiske arbeidet

#### Utfylling av planen

##### Situasjonsbeskrivelse:

Et koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud tar utgangspunkt i en helhetlig forståelse av livssituasjonen til personen som det planlegges for. En slik forståelse bygger på personens egen beskrivelse, og/eller pårørendes eller annen nærpersons (supplerende) beskrivelse. Det er ingen grunn til at situasjonsbeskrivelsen er mer omfattende enn strengt tatt nødvendig.

Med **livssituasjon** mener vi forhold som familie - og boligsituasjon, helse, arbeids- og inntektsforhold, barnehagetilbud, skoletilbud, fritidstilbud, avlastning. Hele livssituasjonen skal tas i betraktning. Det er bare de faktorer som er relevant i forhold til personens/familiens behov for tiltak og tjenester, som bør tas med i selve situasjonsbeskrivelsen.

##### Behovs/funksjonsområd/livsarenaer

er ment å være en sjekklister med eksempler på arenaer. Koordinator fokuserer på hvordan situasjonen til brukeren ser ut om x antall måneder - om x antall år.

##### Kortsiktig og langsiktige mål

En individuell plan skal være målrettet og målstyrt. Med dette menes at målene er formulert på en slik måte at det er mulig å evaluere dem. Vi skiller mellom kortsiktige og langsiktige mål. Det er viktig at **rammebetingelsene** ligger til rette for at målene skal nås.

##### Kortsiktige mål

Anbefales å være fra 1 mnd til 1 år. Det betyr at den kortsiktige målsettingen bør være oppfylt innen ½ år. De kortsiktige målene må være klare og

spesifikt formulert slik at det er mulig å evaluere om målene er nådd eller ikke.

##### Langsiktige mål

Anbefales å være fra 3 - 5 år og evt. videre. De langsiktige målene kan være noe mindre spesifikke, men det kan være ønsker, realistiske behov, håp eller mål som vil være viktig drøftes i en tidlig fase. Dette kan for eksempel være planlegging i forhold til overgang skolefaser og arbeid, planlegging i fht tilrettelegging av bolig osv.

##### Tiltak

Tiltak er et middel for å nå målene. Det er viktig at tiltakene er realistiske, selv om målene ikke er det. Detaljert tiltaksbeskrivelse lages av de ulike tjenesteyterne og skal ikke inn på skjemaet.

##### Dato for oppstart

Dato for oppstart sikrer at tiltakene faktisk blir satt i gang.

##### Ansvarlig virksomhet v/ person (navn)

Det må fremgå av planen hvem som er koordinator, og hvilken rolle koordinator skal ha. 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. Skjer det endringer i dette forholdet, skal den instans som står som ansvarlig kontaktes for å revurdere tilbudet.

##### Dato for evaluering

Den individuelle planen skal være et oppdatert dokument. Dette betyr at den plasserer og fordeler ansvar, både mellom bruker og hjelpeapparat, og mellom de ulike instanser innenfor

hjelpeapparatet. Den individuelle planen skal derfor inneholde bestemmelser om tidspunkt for formell revisjon, og eventuelle rutiner rundt dette.

### Spørsmål til bruker

- Opplever du at du får påvirke egne valg?
- Føler du at det er det tatt hensyn til din livssituasjon?
- Har vi sikret at konkrete mål er beskrevet i forhold til dine livs områder?
- Er det nok bredde i planen?
- Gir målene mening og funksjonalitet for deg i dag?
- Er målene riktige for ditt behov?

### Arbeidsfordeling

Koordinator for den individuelle planen har et ansvar for å lede prosessen.

Det er allikevel viktig at den enkelte deltaker i gruppen rundt brukeren er bevisst i forhold til det tverrfaglige samarbeidet, og at han/hun har en plikt i forhold til det. Dette innebærer at informasjonsflyten fra tjenesteyterne i gruppen til koordinator må fungere til enhver tid.

Tilbakemeldinger til koordinator skal gjøres ved endringer i arbeidet. Planlegg samarbeidet ut i fra hva behovet for møter og gruppearbeid er.

Det er brukeren som sier noe om behovene, og det er vi som tjenesteytere som må organisere arbeidet slik at behovene blir ivarettatt. Det betyr for eksempel at møter hvor

det er behov for at mange tjenesteytere møter, kan holdes mer sjelden enn møter hvor aktuelle personer er inne i forhold til tiltak akkurat nå.

### Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid

Et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud forutsetter et samarbeid på tvers av faglige og administrative skillelinjer.

Viktige rammebetingelser for det tverrfaglige og tverretattlige samarbeidet vil finnes i den modell for tverrfaglig samarbeid som er lagt til grunn for tjenesteyting både på oppvekstområdet og på omsorgsområdet.

De tverrfaglige møteplassene i de 4 samarbeidsdistriktene vil bli sentrale møteplasser for det nødvendige tverrfaglige samarbeidet som må legges til grunn for utvikling av individuell plan.

Der det er ønske om en individuell plan, og det er usikkerhet rundt tjenesten, kan dette drøftes i fagteamet i samarbeidsdistriktet. Disse drøftingene legges til grunn for det videre arbeidet i utformingen av individuell plan.



