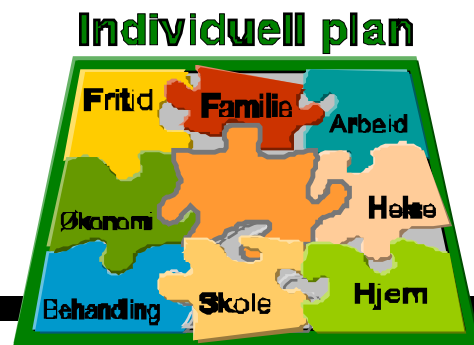


RETTLEIAR TIL INDIVIDUELL PLAN

Sogn og Fjordane - modellen



Mal for individuell plan og rettleiar er utarbeidd på bakgrunn av samarbeid mellom kommunane i Sogn og Fjordane, Helse Førde HF og Fylkeslegen i Sogn og Fjordane.

For utfyllande informasjon når det gjeld utarbeiding av individuelle planar viser vi til "Forskrift om individuelle planer" frå Sosial- og Helsedepartementet (SHD-I-1028 B), og "Veileder til forskriftene".

Ein har prøvd i gi ein enkel rettleiar i høve bruk av dette verktøyet. Mal til individuell plan og rettleiar skal brukast i sin heilskap, d.v.s. det er ikkje mogleg å ta ut og bruke deler av malen eller rettleiaren. Dette inneber ikkje at alle felte i den enkelte individuelle plan skal fyllast ut, dette må vurderast i høve til kva som er relevant for den enkelte.

Formålet med utarbeiding av Individuell plan er å:

- bidra til at pasienten får eit heilskapleg, koordinert og individuelt tilpassa tenestetilbod
- kartlegge pasienten/brukar sine mål, ressursar og behov for tenester på ulike område
- styrke samhandlinga mellom tenesteytar, brukar og evt. pårørande, og mellom tenesteytarane og på tvers av forvaltningsnivåa

Lov om pasientrettigheter (2000) gjev pasientar med behov for langvarige og koordinerte helsetenester rett til å få utarbeidd ein plan.

Den tilsvarande plikt til å utarbeide ein individuell plan er gjeven i ulike helselover (Lov om helsetjenesten i kommunene, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern). Nærare om innhaldet i planen er gjort greie for i forskrift om Individuelle planer (iverksett 01.07.01)

Pasient/brukar har rett til å delta i arbeidet med sin Individuelle plan og det skal leggast tilrette for dette. Planen skal kun utarbeidast med pasient/brukar sitt samtykke, unntaket er der pasient er under tvunge psykisk helsevern.

Kommunen og spesialisthelsetenesta har plikt til å sørge for at Individuell plan vert utarbeidd. Dersom rehabiliteringsbehov vert oppdaga medan pasient er innlagd skal ansvarleg i Spesialisthelsetenesta ta initiativ og kontakte rehabiliteringskoordinator i kommunen jfr. [Utskrivingsprosedyre](#) for pasientar som treng oppfølging av det kommunale tenesteapparat.

Den del av helsetenesta pasienten vender seg til har plikt til å sette i gang arbeidet og plikt til å samarbeide med andre instansar.

Den Individuelle planen bør innehalde mål som viser retningen for framtida og ta utgangspunkt i ei heilskapleg forståing av livssituasjonen til brukaren.

Meir detaljerte planar kan til dømes vere: individuell opplæringsplan, ulike tiltaksplanar, behandlingsplan og samarbeidsavtalar. Dersom slike detaljerte planar føreligg vert dei henviste til i den Individuelle planen (i rubrikk for: "henvising til utdjupande dokument").

Kvar i planen?	Kva skal skrivast?	Kven har hovudansvar?
Framsida		

Kvar i planen?	Kva skal skrivast?	Kven har hovudansvar?
Individuell plan for	For og etternamn til brukaren	Brukar og personleg koordinator
Planen er gyldig i perioden ... til ...	Frå: dato planarbeidet starta Til: Dato ein meiner måla i planen kan vere oppnådd.	Personleg koordinator i nært samarbeid med brukar og evt. ansvarsgruppe
Tiltaksperiode/ Revisjon. Det er praktisk om planen vert revidert etter kvar tiltaksperiode	Tiltaksperiode er tida frå eitt ansvarsgruppe-møte til det neste. Heile planen skal reviderast i planperioden. Revisjonen kan òg vise at planperioden må endrast.	Personleg koordinator i nært samarbeid med brukar og evt. ansvarsgruppe.

Side 2

Samtykke og teieplikt	<p>Når brukaren skriv under her, samtykkjer brukaren til 2 moment:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Samtykke til at det blir utarbeida ein individuell plan 2. Samtykker til at aktuelle samarbeidspartnarar og ressurspersonar kan innhente og dele informasjon som er underlagt teieplikt <p>Brukar kan reservere seg frå heile eller deler av punktet. Viss brukar reserverer seg frå delar av punktet må dette spesifiserast.</p> <p>Utan samtykke skal ikkje prosessen med individuell plan starte, med unntak av brukarar under tvunge psykisk helsevern eller brukarar der det er aktuelt med tiltak etter Lov om sosiale tenester kap 6A</p> <p>For å få til det samarbeidet som er naudsynt for å få utarbeida ein individuell plan er det ofte behov for å utveksle opplysningar om brukar mellom dei ulike aktørane i re-/habiliteringsarbeidet. Det er då naudsynt å utveksle slike opplysningar (Sjå "Forskrift til individuelle planar" under merknader til dei enkelte bestemmelsane til § 6, 8. ledd).</p>	Brukar og personleg koordinator
-----------------------	---	---------------------------------

Side 3

Kvar i planen?	Kva skal skrivast?	Kven har hovudansvar?
Namn, fødselsnr. Osv	Her skal brukar sitt fulle namn skrivast, fødselsdato, adresse, sivilstatus, samt telefonnr. og evt e-post.	Brukar og personleg koordinator
Næraste pårørande	Pårørande sitt fulle namn skrivast, samt adresse og telefonnr. og evt e-post. Næraste pårørande er den personen brukar sjølv oppnemner Dette kan vere slekt, ven, nabo. Det treng difor ikkje være næraste pårørande i juridisk forstand. (jfr "Veileder for individuell plan" - Sosial- og helsedep.)	Brukar og personleg koordinator
Hjelpeverge/ Verge	Her skal hjelpeverge sitt fulle namn skrivast, samt adresse og telefonnr. Og evt e-post.	Koordinator
Personleg koordinator	Her skal namnet til koordinatoren stå, kvar han/ho har sin arbeidsstad og kva kommune og etat som har ansvar. Ein skal òg skrive adresse samt telefonnr. og evt e-post. Det skal være <u>ein</u> person som har oppgåve å vere koordinator for planarbeidet. I tillegg til å ha koordineringsansvar skal denne personen vere brukaren sin kontaktperson i f.h.t. arbeidet med og gjennomføring av planen. Då brukaren er i kommunen det meste av tida, er det mest formålstenleg at koordinatoren er ein som arbeider der. Unntaket kan være når brukarar er innlagd i institusjon over lengre tid, då kan det vere aktuelt at koordinatoren er ein sentral person i behandlingsteamet på institusjonen. Koordineringsansvaret bør i slike tilfelle førast over til hjelpeapparatet i kommunen så snart dette er naturleg.	Fagleg ansvarleg i kommen evt. institusjonsleiar
Ansvargruppe	Skriv opp namn, arbeidsstad/etat og kva funksjon vedkommande har i re-/habiliteringsarbeidet, adresse, telefon og e-post.	Personleg koordinator
Enkeltvedtak	Vedtak om tenester eller ytingar med heimel i Lov om kommunehelseteneste, Lov om psykisk helsevern, lov om sosiale tenester, Lov om trygdeytelser m.m.	Brukar og personleg koordinator
Kopi av planen til	Her skal namna til alle som mottar kopi av planen skrivast opp. Før kopi blir sendt skal dette avklarast med brukaren.	Personleg koordinator
Side 4		

Kvar i planen?	Kva skal skrivast?	Kven har hovudansvar?
Mine (brukar sine) interesser og ønskjer	Aktuelle stikkord kan vere: <ul style="list-style-type: none"> - Tilbake til arbeid evt. nytt arbeid - Utdanning - Bruk av fritid, reiser - Samhandling med familie - Bustad 	Brukar, pårørende og personleg koordinator
Mine (brukar sine) ressursar	Aktuelle stikkord kan vere: <ul style="list-style-type: none"> - Familie og bustadtilhøve - Arbeid og økonomiske tilhøve - Sosialt nettverk 	Brukar, pårørende og personleg koordinator
Diagnose/funksjon	Aktuell diagnosar som innverkar på re-/habiliteringsarbeidet. Diagnosar som ikkje har med planarbeidet å gjere <u>skal</u> ikkje vere med i planen. Sjukehistorie kan evt. leggast som vedlegg til planen.	Brukar og personleg koordinator
Mine (brukar sine) behov for tenester/bistand	Aktuelle stikkord kan vere: <ul style="list-style-type: none"> - Pleie og omsorg - Tilrettelegging av miljø - Behov for opplæring 	Brukar, pårørende og personleg koordinator

Kvar i planen?	Kva skal skrivast?	Kven har hovudansvar?
Hovudmål	I samarbeid med brukar og tenesteytarar skal det formulerast hovudmål som seier kva brukar ønskjer å oppnå på lang sikt	Brukar og personleg koordinator
Delmål	Delmål skal vise kva som må jobbast med for at brukar skal nå hovudmålet. Her må ein vurdere livsområda heim, arbeid, skule, helse, fritid, økonomi og behandling. Det er viktig at delmåla er konkrete og målbare. For oversikta si skuld bør delmåla nummererast. OBS! Måla må ikkje formulerast som tiltak, då vil det bli vanskeleg å evaluere om måla er nådd eller ikkje.	Brukar og personleg koordinator
Tiltak	Lag ein kort omtale av tiltaket som er aktuelt for å nå målet.	Brukar og personleg koordinator
Ansvar for tiltak og evt. saman med	Her skriv ein kven som skal tilby den aktuelle tenesta/behandlinga.	Brukar og personleg koordinator
Periode	Set tidsramme for gjennomføring av tiltaket.	Brukar og personleg koordinator
Evaluering	Set inn tidspunkt for evaluering av tiltaket, og henvisning til evalueringsredskap.	Brukar og personleg koordinator
Henvisning til andre planar / tiltak	Her viser ein til meir utfyllande behandlingsplanar og andre aktuelle tiltak som har innverknad på re-/habiliteringsarbeidet.	Brukar og personleg koordinator
Brukar	Brukar sin signatur.	Brukar og personleg koordinator
Koordinator	Koordinator sin signatur.	Brukar og personleg koordinator
Evaluerings-skjema	Felles evaluerings-skjema: Her kan ein velje å setje inn fleire delmål etter kvarandre og evaluere i høve til dei aktuelle tiltaksperiodar (nedover sida).	Brukar og personleg koordinator