

INDIVIDUELL PLAN 2007

Veileder til forskrift om individuell plan



Heftets tittel: INDIVIDUELL PLAN 2007 - Veileder til forskrift om individuell plan

Utgitt: 12/2007

Bestillingsnummer: IS – 1253
ISBN 82-8081-067-6

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling for kommunale velferdstjenester
Postadresse: pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgt. 2, Oslo

Tlf.: 24 16 34 92
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Hefte kan bestilles hos: Sosial – og helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no

Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS – 1253

Redaksjon: Steinar Bergh

Produksjon: www.kursiv.no

Forord

I 2002 ga Sosial- og helsedirektoratet ut en veileder for individuell plan. Den gangen var lovgrunnlaget knyttet til helselovgivningen. I 2003 ble lovgrunnlaget utvidet til å inkludere også tjenester etter sosialtjenesteloven. Ny forskrift om individuell plan forelå 1. januar 2005. Denne endringen medfører at flere tjenestemottakere nå har rett til å få utarbeidet individuell plan. Vi har nå fire års erfaringer i arbeidet med individuelle planer i kommuner og helseforetak. Ut fra de nye erfaringene syntes direktoratet det var nødvendig å gi ut en ny veileder. Denne veilederen er justert mot endringer i gjeldende lovverk som er gjort etter 2005 og oppdatert i 2007.

Veilederen skal være et hjelpemiddel i arbeidet med individuell planlegging. Den retter seg primært til alle ansatte i helseforetakene og kommunens helse- og sosialtjeneste som yter tjenester til personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Veilederen kan også være nyttig for tjenestemottakere, pårørende og deres interesseorganisasjoner.

Det foreligger også en brosjyre som gir en kortfattet innføring om retten til individuell plan. (Bestillingsnummer IS-1292.)

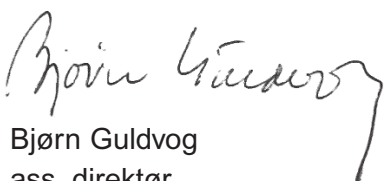
Et viktig hensyn i arbeidet med veilederen har vært å finne balanse mellom på den ene siden å være tilstrekkelig konkret slik at den fungerer som et hjelpemiddel i prosessen, og på den andre siden unngå å bidra til uheldig standardisering. Kvaliteten ved en plan er nettopp at den er *individuell*.

For at tjenestetilbudet skal bli godt for den enkelte, er det avgjørende at det er tjenestemottakerens egne behov som legges til grunn når planen utformes og følges opp i praksis. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Planen skal sikre at den enkeltes behov for tjenester skal styre utformingen og iverksettingen.

Del II av denne veilederen er utarbeidet i samarbeid med forsker Hanne Thommesen og SKUR, Statens kunnskap- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering. SKURs erfaringer bygger på forskning knyttet til individuell plan og omfattende kontakt med norske kommuner på dette området. Eksempler i denne veilederen er tatt fra disse kommunene, noe anonymisert og bearbeidet.

I prosessen med å utarbeide denne veilederen har vi drøftet innholdet med aktuelle fagpersoner og representanter for tjenestemottakernes organisasjoner.

Vi håper veilederen vil være til nytte i arbeidet med å utvikle og følge opp arbeidet med individuell plan, til glede både for tjenestemottakere og tjenesteutøvere. Vi takker alle som ha bidratt til innholdet i den nye veilederen.


Bjørn Guldvog
ass. direktør
Sosial- og helsedirektoratet

Innhold

Forord	3
Innhold	5
Historikk	8

DEL I REGELVERKET 9

Forholdet mellom lov, forskrift, merknader til forskrift, rundskriv, faglige veiledere og retningslinjer	10
--	----

1. Lov og forskrift om individuell plan 11

1.1 Lovgrunnlaget	11
1.2 Forskriften av 2005 – hva er nytt ?	12
1.3 Utvidet virkeområde	13
1.4 Retten til individuell plan	13
1.5 Ansvar for at plan utarbeides	14
1.6 Forhold til andre lovregler	15
1.7 Enkeltvedtak, anmodning og klage	15

DEL II INDIVIDUELL PLAN I PRAKSIS 17

2. Konkretisering av ordningen 18

2.1 Målsetting og erfaring	18
2.2 Ordningens ulike deler	18
2.3 Styrke tjenestemottakerens rolle	18

3. Ansvar, forankring, opplæring og samarbeid 19

3.1 Ansvar	19
3.2 Forankring og lederansvar	20
3.3 Opplæring	20
3.4 Samarbeid på systemnivå	21

4. Informasjon, henvendelsessted og søkeprosedyrer 21

4.1 Informasjon	21
4.2 Henvendelsessted	22
4.3 Søkeprosedyre	22
4.3.1 Informert samtykke	22

5. En tjenesteyter med hovedansvaret 23

5.1 En oppgave som må fordeles på flere	23
5.2 En fleksibel rolle	23
5.3 Koordinatorens arbeidsoppgave	24
5.4 Kompetansekrav for å inneha rolle som koordinator	24
5.5 En lærerik rolle	24

6. Planprosessen	25
6.1 Starten	25
6.2 Underveis i prosessen	25
6.3 Om samarbeid i en individuell prosess	25
6.4 Om å sette mål	26
6.5 Kartlegging av ressurser	26
6.6 Kartlegging av behov for tjenester	27
6.7 Koordinering og avklaring	27
6.8 Evaluering, justering og avslutning	28
7. Plandokumentet	28
7.1 Maler for plandokumentet	29
7.2 En oversikt over tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester	29
7.3 Hvem deltar i og hvem gjør hva i planprosessen?	30
7.4 Angivelse av ansvar for arbeidet med planen	30
7.5 Bistanden og hvordan den skal gjennomføres	30
7.6 Planperiode, evaluering av tilbud og revidering av plandokument	31
7.7 Samtykkeerklæring	31
7.8 Samarbeid mellom instanser	32
8. Resultat – et individuelt tilpasset tjenestetilbud	32
8.1 Les mer om individuell plan i praksis	33
8.1.1 Rapporter fra tilsynsmyndighetene	33
8.1.2 Rehabiliteringsnettverket Ahus	33
8.1.3 Prosjekt «Aktivt liv og selvbestemmelse»	33
8.1.4 Samtak – kompetanseprogram for PPT og skoleledere	34
8.1.5 Prosjekt «Individuell plan for psykisk helse»	34
8.1.6 Nettbaserte løsninger	34
DEL III SAMARBEIDSPARTER, REFORMARBEID OG ANNET REGELVERK	35
9. Samarbeidsparter	36
9.1 Samarbeid mellom tjenesteytere til barn og unge under 18 år	36
9.2 Individuell oppfølging i NAV	36
9.3 NAV hjelpemiddelsentral – individuell plan i hjelpemiddelformidlingen	36
9.4 Skolen – individuell opplæringsplan	37
9.5 Introduksjonsordningen for innvandrere	37
10. Annet regelverk og reformarbeid	37
10.1 Forskrift om habilitering og rehabilitering	37
10.2 Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten	38
10.3 Rusreformen	38
10.4 Opptappingsplanen for psykisk helse	39
10.5 Barnehabilitering	39

VEDLEGG	41
Vedlegg 1 Forskrift om individuell plan med merknader	42
Vedlegg 2 Eksempel Informasjonsskriv om individuell plan i kommunen	50
Vedlegg 3 Eksempel Samtykke til utveksling av opplysninger	51
Vedlegg 4 Eksempel på en individuell plan	52

EKSEMPEL

Eksempel 1 To dagers opplæringsprogram	20
Eksempel 2 Kommunale nettsider om individuell plan	22
Eksempel 3 Informert samtykke innebærer	23
Eksempel 4 Nyttige stikkord ved kartlegging av behov for tjenester	27
Eksempel 5 Ulik språkdrakt, samme mål	29
Eksempel 6 Informasjon som ikke behøver gis til samtlige	30
Eksempel 7 Samtykkeerklæring	31
Eksempel 8 Krav som bør kunne stilles til et tiltak/tjeneste	32

Historikk

Ordningen med individuell plan er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester.

Både i Stortingsmelding nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* og i Stortingsmelding nr 21 (1998-99) *Ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* påpekes at tjenesteapparatet er for oppstykket og dårlig koordinert. Dette fører til at tjenestemottakeren, og ofte også deres pårørende, må bruke mye tid for å komme fram til et tilpasset tjenestetilbud. Tjenestemottakere og deres pårørende, som for eksempel foreldre med funksjonshemmede barn, erfarer at deres egen kompetanse ikke alltid blir tatt tilstrekkelig hensyn til når løsninger drøftes.

Stortinget ba i 1999 Sosial- og helsedepartementet om å utarbeide et lovverk og retningslinjer om individuell plan, for å bedre samarbeid om og samordning av tjenester til enkeltpersoner med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Stortingets ønske var å bidra til et regelverk og en praksis som legger til rette for at tjenestemottakere og pårørende i framtida selv skal slippe å koordinere nødvendige tiltak og tjenester. Hovedansvaret for koordineringen skal ligge i tjenesteapparatet og hos tjenesteutøverne.

I Stortingsmelding nr 6 (2002-2003) *Tiltaksplan mot fattigdom*, sier regjeringen at det vil bli vurdert en lovhjemmel i lov om sosiale tjenester som gir rett til individuell plan for å løse sosiale problemer og komme i arbeid eller aktivitet. Samordning av tjenester er avgjørende for å nå resultater i arbeidet med å bekjempe fattigdom blant personer med sammensatte behov. I Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005, fremgår det at krav om individuell plan etter sosialtjenesteloven er et aktuelt tiltak for å sikre effektiv rådgivning, hjelp og behandling for rusmiddelmissbrukere og andre brukere som har behov for et samordnet tjenestetilbud på grunn av sitt behov for langvarige og koordinerte tjenester.

I Stortingsmelding nr 14 (2002 –2003) *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten* tydeliggjøres behovet for å bedre samarbeidet og koordineringen:

«Offentlig virksomhet er til for brukerne, og organiseringen må skje ut fra brukernes behov. Det innebærer blant annet at brukerne skal ha lett tilgang til tjenestene uten å måtte sette seg inn i forvaltningens interne organisering»

Lovbestemmelsene om individuell plan trådte i kraft i 2001 og 2004, og ny felles forskrift om individuell plan for sosial- og helselovgivningen trådte i kraft 1. januar 2005.

DEL I

 REGELVERKET



Forholdet mellom lov, forskrift, merknader til forskrift, rundskriv, faglige veiledere og retningslinjer

En lovtekst har høyere rang enn forskrift. En forskrift er alltid gitt med hjemmel i en lov. En forskrift inneholder utfyllende bestemmelser om et rettsforhold som er regulert i en lovtekst. Innholdet i lov og forskrift er bindende.

Merknader til en forskrift er en fortolkning og veiledning for å utdype innholdet i den enkelte bestemmelsen i forskriften. Merknadene er i seg selv ikke bindende, men skal tjene som rettleiding. Forskriften og merknadene bør ses i sammenheng for å få best mulig forståelse av forskriftens bestemmelser.

Et rundskriv vil gjerne inneholde en fortolkning og presisering av hvordan en overordnet forvaltningsmyndighet og politiske myndigheter ønsker at bestemmelser i lov eller forskrift skal forstås og praktiseres. Et rundskriv vil kunne gi føringer ved bruk av ordene «skal», «kan» eller «bør». «Skal» er en plikt til å følge føringer som er lagt i et rundskriv. «Kan» innebærer at forvaltningen kan velge hvordan de vil utøve sitt skjønn innenfor rettslige rammer, mens «bør» er en tilrådning som ikke er bindende.

Innholdet i faglige veiledere eller retningslinjer er i utgangspunktet ikke direkte rettslig bindende for mottakerne. Disse kan inneholde referanser til bestemmelser og beslutninger som er gitt med bindende virkning. Utover det er imidlertid innholdet i prinsippet å anse som anbefalinger og råd.

Alle lover og forskrifter er tilgjengelige på www.lovdata.no

1. Lov og forskrift om individuell plan

1.1 Lovgrunnlaget

Retten til å få utarbeidet en individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3a og pasientrettighetsloven § 2-5. Plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3a, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

Sosialtjenesteloven § 4-3a. Rett til individuell plan

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren, jf. § 8-4.

Sosialtjenesten i kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvem rettighetene gjelder for, og om planens innhold. *(i kraft 1. januar 2004)*

Pasientrettighetsloven § 2-5. Rett til individuell plan

Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. *(i kraft 1. juli 2001)*

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-5. Individuell plan

Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold. *(i kraft 1. januar 2002)*

Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a. (Individuell plan)

Kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold. *(i kraft 1. juli 2001, sist endret 1. juli 2003)*

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1. Individuell plan

Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45 (i kraft 1 jan 2007)

Forskrift om individuell plan, med merknader, er vedlegg 1 i denne veilederen

1.2 Forskriften av 2005 – hva er nytt ?

1. januar 2005 kom det en ny forskrift om individuell plan, som avløste den gamle forskriften fra 2001. Den tidligere forskriften var bare hjemlet i helselovgivningen, mens den nye er hjemlet i både helselovgivningen og sosiallovgivningen. Dette betyr at tjenestemottakere etter sosialtjenesteloven som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, blant annet personer i rusomsorgen, nå også har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Den nye forskriften kan ses som et ledd i arbeidet med å harmonisere regelverket for helsetjenesten og sosialtjenesten, for å bedre samarbeidet og koordinering mellom disse tjenestene.

Tjenestemottaker – Ordet tjenestemottaker er i den nye forskriften samlebetegnelse for alle personer som har rett til å få utarbeidet individuell plan etter sosiallovgivningen og helselovgivningen. Dette innebærer at forskriften nå ikke bare gjelder for pasienter, som tilfellet var i den tidligere forskriften som bare var hjemlet i helselovgivningen. Brukere av sosiale tjenester som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har også rett til å få utarbeidet en individuell plan (se § 3 Definisjon).

En tjenesteyter med hovedansvar – I formålsparagrafen i den nye forskriften sies blant annet at en skal sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvar for oppfølging av tjenestemottakeren.

Oppfølgingsansvar – Det tydeliggjøres i den nye forskriften at den del av kommunens helsetjeneste eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet (§ 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan).

1.3 Utvidet virkeområde

Forskriftens virkeområde er utvidet. Utvidelsen av virkeområdet innebærer at forskrift om individuell plan nå også gjelder for individuelle planer som utarbeides etter sosialtjenesteloven. Dette betyr at planer som er utarbeidet for en tjenestemottaker på de rettsområder som forskriften gjelder for, skal samordnes og tilpasses én overordnet plan.

Forskriften gjelder bare for helse- og sosialtjenesten. Dette innebærer at tjenesteytere som iverksetter tiltak etter annen lovgivning ikke kan pålegges å utarbeide en individuell plan etter sosial- og helselovgivningen. Men aktuelle instanser bør trekkes inn i samarbeidet om utarbeidelse av én felles overordnet individuell plan. I forskriftens § 6 går det fram at dersom tjenestemottaker har behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, for eksempel skole, NAV-kontoret, skal kommunens helse- og/eller sosialtjeneste og helseforetak samarbeide med disse.

Samarbeid mellom tjenestene på tvers av ulike sektorer og nivåer er en forutsetning for et godt hjelpeapparat, og er et så selvfølgelig mål at det ikke er regulert særskilt i et eget regelverk. Derimot er det en rekke enkeltbestemmelser som regulerer sider av samarbeidet mellom tjenestene, blant annet samarbeidsplikten nedfelt i sosialtjenesteloven § 3-2, som innebærer at sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver som den er pålagt etter loven.

1.4 Retten til individuell plan

Det er tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester som har rett til en individuell plan. Vurderingen av hvem som faller inn under kriteriet langvarige og koordinerte tjenester beror til en viss grad på skjønn.

I pasientrettighetsloven er individuell plan utformet som en rettighetsbestemmelse for tjenestemottakeren, mens den i den øvrige helselovgivningen pålegger helsetjenesten en plikt til å utarbeide en individuell plan for den enkelte uavhengig om det er satt fram krav om dette. I sosialtjenesteloven er bestemmelsen formet som en rettighet for tjenestemottakeren, men det foreligger ingen eksplisitt bestemmelse som pålegger sosialtjenesten en plikt til å utforme en slik plan. Det forutsettes imidlertid at når tjenestemottaker har en rett til å få individuell plan, utløser dette en korresponderende plikt for tjenesteyter til å utarbeide en slik plan. Formelt sett er reguleringen i de ulike lovene forskjellig, men det reelle innholdet er i hovedsak likt.

Rett til en individuell plan betyr at tjenestemottaker har rett til en plan som angir et helhetlig og begrunnet tjenestetilbud, og som sammenfatter vurderinger av behov og virkemidler. Bestemmelsen gir tjenestemottakeren en rett til å få utarbeidet en plan, men ikke ubetinget rettskrav på bestemte tjenester.

Rettighetsbestemmelsen gir ikke tjenestemottakeren en større rett til tjenester enn det som allerede følger av det øvrige regelverket. Forutsatt at tjenestene til enhver tid er faglig forsvarlige, følger det av prinsippet om kommunalt selvstyre at den enkelte kommune kan bestemme hvilke tjenester som skal tilbys, hvordan tjenestene skal gis, herunder hvilket av flere alternative tiltak eller tjenester som

skal tilbys. Selv om planen i seg selv ikke utløser rettigheter, vil den være et viktig premiss når vedtak om tjenester skal fattes. Planen kan dermed bidra til å utløse nødvendige tjenester.

Tjenestemottakerens rett til medbestemmelse ved utforming av det tilbudet som skal gis er et sentralt prinsipp i sosial- og helselovgivning. I forbindelse med behandlingen av Ot. prop. Nr 54 (2002-2003) om lov om endringer til lov om sosiale tjenester, fattet Stortinget følgende vedtak: «Stortinget ber Regjeringen sikre at brukerrettighetene er en sentral del av arbeidet med forenkling og harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen». Dette innebærer at hensynet til tjenestemottakerens ønsker, synspunkter, yrings- og trosfrihet skal stå sentralt. Jf Innst. S nr 150 (2006–07) side 46 der det går fram at tjenestemottakere må sikres å kunne utøve sin tro eller livssyn også på områder der det ytes omsorgstjenester. Prinsippet om brukermedvirkning er nedfelt i sosialtjenesteloven § 8-4, pasientrettighetsloven § 3-1 og kvalitetsforskriften § 3 første avsnitt. Se forskriftens § 4 om tjenestemottakerens rettigheter (vedlegg 1).

I tillegg til å gi tjenestemottaker en individuell rettighet, gir individuell plan tjenestemottaker tilgang til et verktøy for samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer, etater og sektorer også utenfor helse- og sosialtjenestene. Utarbeiding av planen styres gjennom en planprosess der berørte instanser og tjenestenivåer deltar sammen med tjenestemottaker.

1.5 Ansvar for at plan utarbeides

Tre instanser er pålagt å utarbeide en individuell plan etter sosial- og helselovgivning. Det er sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og helseforetakene, herunder institusjoner innenfor det psykiske helsevernet. Utarbeiding av en individuell plan forutsetter at disse instansene samarbeider der det er nødvendig og i samsvar med tjenestemottakers behov.

Den nye forskriften inneholder en presisering om at den delen av kommunens helse- og sosialtjenester eller helseforetaket som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med individuell plan igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet (forskriftens § 6 første ledd).

I tillegg er som nevnt et viktig formål med individuell plan å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren. En slik løsning er ment å gi tjenestemottaker større forutsigbarhet og trygghet i møte med offentlige etater.

1.6 Forhold til andre lovregler

Gjeldende regler om taushetsplikt, samtykke og klageadgang er viktige virkemidler for å ivareta tjenestemottakers rettssikkerhet. Ut fra hensynet til tjenestemottaker har disse rettsområdene egne særbestemmelser om taushetsplikt, klage og samtykke. I den nye felles forskriften om individuell plan for sosial- og helseområdet er bestemmelser om samtykke, taushetsplikt og klageadgang i hovedsak videreført fra den opprinnelige forskriften. Dette innebærer at sosialtjenesteloven og helselovene fortsatt vil ha egne særbestemmelser som regulerer klageadgang, taushetsplikt og samtykke (se merknader til forskriften i vedlegg 1).

Når det gjelder utveksling om taushetsplikt av personopplysninger mellom ulike forvaltningsetater vil bestemmelsene i sosial- og helselovgivningen sette grenser for hvilken informasjon som kan tas inn i et dokument. Dette innebærer at ved utarbeiding av en individuell plan der forskjellige forvaltningsorganer deltar, vil det være nødvendig å sørge for at tjenestemottakeren har gitt et samtykke. Et slikt samtykke skal være informert. Dette innebærer at tjenestemottakeren må være informert om og ha forstått hva en individuell plan er, formålet med planen, rekkevidden av sitt samtykke og hvilke følger bruken av individuell plan kan føre til. Videre er det en forutsetning at samtykket er frivillig, og at tjenestemottaker har en reell mulighet til å nekte å gi sitt samtykke. Informasjon kan bare gis så langt samtykket til en individuell plan rekker. Dette ligger implisitt i reservasjonsretten.

Når noen skal representere barn, umyndige eller personer uten samtykkekompetanse, må problemstillinger knyttet til disse søkes løst på vanlig måte ut fra gjeldende lovregler og rettsforhold, i blant annet vergemålsloven, barneloven og barnevernloven.

1.7 Enkeltvedtak, anmodning og klage

I sosiale tjenester er vedtak om å gi eller ikke gi en individuell plan et enkeltvedtak. Dette innebærer at forvaltningslovens bestemmelser for enkeltvedtak kommer til anvendelse. Når det gjelder rett til individuell plan i helsetjenesten er derimot forvaltningslovens regler eksplisitt unntatt i pasientrettighetsloven § 2–7, jf § 2–5.

Når det gjelder klageadgangen, framgår det av § 10 i forskrift til individuell plan at reglene om klageadgang i de enkelte særlover videreføres. Ved klage på rett til individuell plan etter helselovgivningen kommer bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 7 til anvendelse. Ved klage på rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven kapittel 4 § 4-3, kommer sosialtjenesteloven § 8-6, § 8-7 og forvaltningslovens regler om klage til anvendelse. I følge forskriften er det retten til individuell plan en kan klage på. Men dersom en individuell plan ikke oppfyller de kravene til innhold som følger av forskriften, vil det være grunnlag for anmodning og klage. I slike tilfeller er retten til individuell plan bare delvis oppfylt.

Fylkesmannen er klageinstans etter sosialtjenesteloven og Helsetilsynet i fylket etter pasientrettighetsloven. Dersom en av disse instansene finner at vedkommende ikke har fått oppfylt sin rett etter pasientrettighetsloven eller sosialtjenesteloven, vil de kunne treffe vedtak om rett til å få utarbeidet individuell plan. Disse to instansene er ikke gitt en direkte adgang til å pålegge slik utarbeidelse. Men det følger av vårt forvaltningssystem at underordnet organ innretter seg lojalt etter overordnet organs vedtak.

Tjenestemottakeren har i følge forskriften rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Dersom kommunen eller helseforetaket ikke legger til rette for en slik medvirkning, vil tjenestemottakeren kunne klage over at denne retten ikke er oppfylt. Også en slik klage skal rettes til fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket.

I underretningen om vedtaket om individuell plan skal det opplyses om klageadgangen og gangen i en klagesak. Helse- og sosialtjenesten skal også kunne være behjelpelig med å fremme en klage.

DEL II

□ INDIVIDUELL PLAN I PRAKSIS



Del II tar blant annet utgangspunkt i tre undersøkelser som Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) har gjennomført om individuell plan. Det dreier seg om to kvantitative undersøkelser gjennomført i 2002 og 2004, og en kvalitativ undersøkelse gjennomført i 2003. Eksempler og maler, noe anonymisert, er hentet fra kommuner som SKUR har vært i kontakt med både i forbindelse med undersøkelsene og senere. (Se oversikt over undersøkelsene nedenfor).

2. Konkretisering av ordningen

2.1 Målsetting og erfaring

Forskning og erfaringer har vist at individuell planlegging ikke bare handler om tjenester. Det kan handle om opprydding, strategier for å utløse ressurser og om å skape tilgjengelighet og støtte i tjenestemottakerens omgivelser. Erfaringene viser at det viktigste for tjenestemottakerne er å bli lyttet til, møtt med respekt, tillit og oppmuntring, og ikke minst å få hjelp til å se muligheter.

Ordningen er et verktøy og en prosess. Den åpner for at tjenesteapparatet kan sette tjenestemottakeren i sentrum, og som en ny arbeidsmetode ved at den utfordrer tjenesteytere, etater, institusjoner og kommuner til å organisere, samarbeide og samvirke på nye måter. Arbeidsmetoden betinger en målrettet innsats fra kommunene, helseforetakene og deres samarbeidspartnere for å løse felles utfordringer. I denne delen av veilederen ser vi nærmere på hvordan noen av disse utfordringene kan løses i praksis.

Den individuelle planleggingen skal sikre at det foretas nødvendige kartlegginger og at det etableres et samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivåer for at tjenestemottakeren skal få et helhetlig tilbud. Individuell plan skal sikre at tjenestemottakeren blir tildelt én tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av han eller henne.

Det arbeidet som gjøres i de individuelle planprosessene kan imidlertid være et viktig grunnlag for å sikre tjenestemottakeren innflytelse og et tilpasset tjenestetilbud. Planprosessen og plandokumentet er også en viktig forutsetning for at den enkelte tjenesteyter skal kunne se sin rolle og sitt bidrag i sammenheng med innsatsen fra de øvrige tjenesteyterne.

2.2 Ordningens ulike deler

Ordningen med individuell plan består av:

- en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren, i praksis ofte kalt koordinator
- en kartlegging
- utarbeiding av et plandokument i et samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivå
- evaluering og revidering av planen

2.3 Styrke tjenestemottakerens rolle

Retten til å delta i ordningen med individuell plan er uavhengig av om personens funksjonsnedsettelse er av fysisk, psykisk, kognitiv, adferdsmessig, sosial eller sammensatt art og av personens alder. Retten til å delta er også uavhengig av hvilke typer bistand en person trenger så lenge vedkommende har behov for tjenester fra flere over en viss tid.

Gjennom ordningen skal tjenestemottakeren få en styrket innflytelse over sin situasjon. Tjenestemottakeren skal ha en aktiv rolle i planprosessen, eventuelt i samarbeid med pårørende. Planen skal være tjenestemottakerens egen plan.

SKURs rapporter

- a) Undersøkelsen i 2002 er gjennomført som telefonintervju med ledelsen i helse- og sosialtjenesten i fire fylker og resultatene er publisert i Thommesen, Hanne (2002): Kommunenes arbeid med individuell plan et år etter at forskriften om individuell plan trådte i kraft. Bodø, SKUR-rapport 2002:2.
- b) Undersøkelsen i 2004 er gjennomført ved hjelp av spørreskjema til rådmannen i alle kommuner og resultatene er publisert i Thommesen, Hanne (2004): Individuell plan – en type praksis. Kommuneundersøkelse årsskiftet 2003/2004. Bodø, SKUR-rapport 2004:3.
- c) Undersøkelsen i 2003 er gjennomført ved hjelp av dybde- og fokusintervjuer med tjenestemottakere, tjenesteytere, personlige koordinatore og administratorer. Undersøkelsen er publisert i Thommesen, Hanne, Normann, Trine og Sandvin, Johans Tveit (2003): Individuell plan et sesam sesam? Oslo: Kommuneforlaget.

3. Ansvar, forankring, opplæring og samarbeid

3.1 Ansvar

Den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å igangsette planarbeidet. Innen psykisk helsevern er plikten pålagt den enkelte institusjon. I praksis vil hovedansvaret for koordineringen legges til kommunen ut fra nærhetsprinsippet. Det er i kommunen de aller fleste lever og bor. Men for noen pasienter i psykisk helsevern vil hovedansvaret for planarbeidet kunne ligge i spesialisthelsetjenesten over lengre tid.

Når en planprosess startes opp i spesialisthelsetjenesten i et helseforetak, vil denne prosessen måtte videreføres i tjenestemottakerens hjemkommune. Det innebærer at tjenesteytere i helseforetaket må kontakte pasientens hjemkommune dersom hun eller han ønsker å delta i ordningen med individuell plan. Dette bør også gjøres når planarbeidet starter i det psykiske helsevernet.

En individuell plan vil imidlertid ikke erstatte behovet for mer detaljerte behandlingsplaner o.l., men skal være en overordnet plan hvor tjenestetilbudet samordnes.

Et langvarig tilbud om psykisk helsevern for en kronisk syk person kan stille helt andre krav til planen enn en kortvarig akuttinnleggelse.

Utskrivning fra spesialisthelsetjenesten må ikke skje uten å sørge for at vedkommende får nødvendig oppfølging fra andre instanser i helse- og sosialtjenesten. Dette gjelder også overføring innen helseforetaket, for eksempel ved overføring til et distriktpsikiatrisk senter. Et viktig formål med individuell plan er å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Ansvar for nødvendig videre oppfølging må derfor være klarlagt før utskrivning eller overføring.

3.2 Forankring og lederansvar

For å lykkes i arbeidet med individuell plan, bør selve ordningen og enkle prosedyrer for arbeidet forankres på øverste nivå i organisasjonen. Dette gjelder både i kommuner og i helseforetak.

I spesialisthelsetjenesten bør det lages prosedyrer som sikrer at alle pasienter får informasjon om individuell plan og hvordan denne informasjonen skal gis. Videre må prosedyrene sikre at helseforetaket samarbeider med pasienten og hans bostedskommune om den individuelle planen.

Kommunene har etablert forskjellig praksis når det gjelder prosedyrer for de ansattes arbeid med individuell plan. Noen kommuner har allerede behandlet prosedyrene i kommunestyret, mens andre har forankret rutinene i kraft av administrativ beslutning av rådmann eller administrativ beslutning av ledelsen for sosial- og helsetjenesten. Skal rutiner og prosedyrer gjelde for alle kommunale ansatte bør de behandles på politisk eller rådmannsnivå. Dette for at også kommunenes opplæringstjeneste skal være med å bidra.

3.3 Opplæring

De ansatte, både tjenesteytere og saksbehandlere, trenger ofte opplæring for å kunne informere om ordningen og for å kunne være koordinatorene. Opplæring kan bidra til at de ansatte utnytter organisasjonens ressurser på en mer treffsikker og brukerorientert måte. Begrunnelsen er at når planarbeidet igangsettes så rydder koordinatorene i de individuelle tjenestetilbudene på en slik måte at enkelte tjenester og en del møtevirksomhet blir overflødiggjort. De individuelle prosessene kan synliggjøre hvor i velferdssystemet det er behov for å videreutvikle eller endre tjenestetilbud. I følge kommunale ledere som har utstrakt erfaring med ordningen, gir arbeidsmetodene knyttet til individuell plan en mer effektiv, målrettet og brukervennlig utnyttelse av fellesskapets ressurser.

Eksempel 1 To dagers opplæringsprogram

DAG 1 – INTRODUKSJONSDAGEN

Dette er en introduksjonsdag for alle ansatte i kommunen, gjerne også ansatte fra samarbeidende instanser. På kursdagen gis det informasjon om hva individuell plan er, hvilke rutiner kommunen har lagt opp til og hvor henvendelser om individuell plan skal rettes. I tillegg er det en introduksjon til hva rollen som koordinator går ut på.

DAG 2 – KOORDINATOR DAGEN

Dette er dagen da den øverste kommunale ledelse og de tjenesteyterne som er koordinatorene får anledning til å delta. Tema for kursdagen er problemstillinger som kursdeltakerne har møtt i sitt virke som koordinator. Problemstillingene diskuteres og ledelsen søker å løse eventuelle vansker som oppstår som følge av det kommunale systemet.

Fellesopplæring på tvers av sektorer, etater og nivåer fremmer det systemsamarbeidet som ordningen med individuell plan betinger.

I tillegg opprettes det grupper for kollegaveiledning som i ettertid med jevne mellomrom får anledning til å benytte noen timer av sin arbeidstid til å møtes.

3.4 Samarbeid på systemnivå

Individuelt planarbeid fordrer at det også på systemnivå fokuseres på samarbeid og koordinering på tvers av faglige og administrative skillelinjer, og på tvers av sektorer, etater og nivå.

Det er viktig at kommunen som i praksis ofte har hovedansvaret for planarbeidet, utnytter andre instansers og etaters kompetanse. Diagnostisering, behandling og veiledning påhviler fortsatt spesialisthelsetjenesten og dette er ofte vesentlige bidrag for å få på plass et koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det er også nødvendig å tenke utover helse- og sosialtjenestens grenser. Veiledning og bistand kan kommunen og tjenestemottakere også motta fra for eksempel det pedagogiske støttesystemet, Arbeids- og velferdsetaten. Andre fagmiljøer enn dem som naturlig har ansvaret for en bestemt tjeneste, kan ofte bringe inn viktige momenter som kan bidra til å forbedre hele tilbudet.

Kommunens sentrale ledelse bør påse at det finnes tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidsfora internt i kommunen. Flere kommuner anbefaler at det etableres arenaer for å diskutere generelle problemstillinger som reises i forbindelse med planlegging av individuelle tjenestetilbud på tvers av sektorer, etater og nivå. Det kan for eksempel dreie seg om veilednings-, opplærings-, budsjetterings- og organiseringsspørsmål. Diskusjonsarenaen kan inkludere representanter fra brukerorganisasjoner eller det kommunale rådet for funksjonshemmede.

Helseforetakene bør ha oppdatert informasjon om hvem eller hvilken instans som har ansvaret for individuell plan i de kommunene som de mottar pasienter fra.

4. Informasjon, henvendelsessted og søkeprosedyrer

4.1 Informasjon

Informasjons- og veiledningsplikten i offentlig forvaltning følger av forvaltningsloven § 11. Bestemmelsen pålegger ikke myndighetene å drive en alminnelig opplysningsvirksomhet. Det er bare de som kommer i kontakt med et forvaltningsorgan som har krav på veiledning.

Informasjons- og veiledningsplikten etter sosialtjenesteloven § 4-1 er mer omfattende. Sosialtjenesteloven § 4-1 forutsetter grundig kjennskap til det området som vedkommende tjenesteyter har ansvar for, og god innsikt i sosialtjenestens øvrige tilbud. Bestemmelsen forstås slik at det ikke bare skal gis råd og veiledning som har med sosialtjenesten å gjøre, men om alt som kan hjelpe tjenestemottakeren til å realisere målsettinger ved hjelp av sosialtjenesten. Kan ikke sosialtjenesten selv gi informasjon og veiledning, skal den dersom det er mulig, sørge for at andre instanser gjør det.

Det er ulike måter å informere om individuell plan på. Informasjonen kan gis gjennom brosjyrer til husstandene, gjennom informasjon på kommunens kontorer og hjemmesider på internett, gjennom lokalavis eller gjennom brukerorganisasjoner. Det forutsettes at tjenesteytere i kommune og helseforetak informerer aktuelle tjenestemottakere om muligheten for å få utarbeidet en individuell plan. Trolig vil en kombinasjon av informasjonsmåter gi det beste resultatet, det vil si at ordningen med individuell plan blir kjent.

Eksempel på et informasjonsskriv fra kommunen finnes som vedlegg 2.

Eksempel 2 Kommunale nettsider om individuell plan

Det er mange kommuner som har laget informative nettsider om individuell plan. Blant andre har følgende kommuner informative nettsider: Arendal, Asker, Bærum, Vanylven, Øvre Eiker, Asker og Karmøy.

4.2 Henvendelsessted

Selv om initiativet til å utarbeide en individuell plan kan komme fra tjenestemottakeren selv, eller fra pårørende, ligger hovedansvaret på tjenesteytere i kommunens helse- og sosialtjeneste og i helseforetaket. En viktig forutsetning er å vite hvor en henvender seg for å få informasjon eller fremme ønske om å få utarbeidet en individuell plan. De instansene som kan gi denne informasjonen må være synlige og lett tilgjengelige. Det vil imidlertid lette tilgjengeligheten dersom én instans i kommunen har hovedansvaret.

Både individuell plan, habilitering og rehabilitering forutsetter at det arbeides planmessig og at det satses på koordinering og samarbeid på tvers av fag, etater, sektorer og forvaltningsnivå. Det er derfor naturlig at disse områdene griper inn i hverandre, og det kan være gunstig å se organiseringen av dem, på kommunalt nivå, i sammenheng. I forskrift om habilitering og rehabilitering §§ 8 og 13 pålegges både kommuner og det regionale helseforetaket å etablere en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Denne enheten skal være synlig og tilgjengelig for alle både tjenestemottakere og fagpersonell. Det innebærer at kommunen kan opprette en adresse for alle henvendelser, både de angående rehabilitering og de angående individuell plan. Mange kommuner har god erfaring med å gjøre dette.

4.3 Søkeprosedyre

Det er ikke krav verken i forskrift eller lov om at det skal være skriftlig søknad for å få utarbeidet en individuell plan. Noen kommuner har likevel etablert slike rutiner. Et ønske om individuell plan kan gjøres både muntlig og skriftlig, men kommunen og helseforetaket bør skriftliggjøre anmodningen for å kvalitetssikre sin saksbehandling. Anmodningen eller søknaden skal komme fra tjenestemottakeren, men pårørende, en tjenesteyter eller en likemann kan være behjelpelig med å formidle ønsket om en individuell plan.

4.3.1 Informert samtykke.

Ordningen med individuell plan er frivillig. Frivilligheten er ment å øke selvbestemmelsen til den enkelte. Det vil si at det kreves samtykke fra personen før det kan utarbeides en individuell plan. Valgfriheten som ligger i å kunne velge bort individuell plan er prinsipielt viktig.

Selv om en person har samtykket i at han ønsker at det skal utarbeides en individuell plan, må det som hovedregel innhentes informert samtykke før taushetsbelagte opplysninger kan utveksles (se vedlegg 3).

Eksempel 3 Informert samtykke innebærer

Informert samtykke betyr at tjenestemottaker

- har fått informasjon om hvilke opplysninger som skal utveksles
- vet hvordan opplysningene skal brukes og konsekvensene av dette
- er kjent med at det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig
- er kjent med at vedkommende kan nekte at opplysninger om spesielle forhold utveksles, eller at spesielle fagmiljø eller enkeltpersoner får bestemte opplysninger
- er kjent med de konsekvenser begrensninger på informasjon kan ha for arbeidet med den individuelle planen

5. En tjenesteyter med hovedansvaret

Formålet med individuell plan er blant annet å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren. I praksisfeltet kalles denne tjenesteyteren ofte koordinator. Det at personen og eventuelt de pårørende får en bestemt person i tjenesteapparatet å forholde seg til, blir sett på som en svært viktig del av ordningen med individuell plan.

5.1 En oppgave som må fordeles på flere

Når det er avklart at det skal utarbeides en individuell plan må en ansvarlig tjenesteyter eller koordinator utpekes. En instans i kommunen bør utpeke koordinatorene og ha opplærings- og veiledningsansvar for dem. I flere kommuner påpeker de at opplæring er avgjørende for å rekruttere nok personell til å være koordinator. Oppgaven bør fordeles på de ansatte som jobber innenfor helse-, sosial- og utdanningssektoren i kommunen, slik at en tjenesteyter ikke får for mange personer han eller hun må være koordinator for. Noen koordinatorene vil ha arbeidssted i spesialisthelsetjenesten. Personen som planen skal utarbeides for, bør kunne påvirke valget av sin egen koordinator. Opplæringsansvarlige i kommunene og helseforetakene har en viktig funksjon i opplæringen knyttet til individuell plan.

5.2 En fleksibel rolle

Koordinatoren skal sikre at personen det planlegges for, får informasjon og har innflytelse underveis i prosessen. Koordinatoren må ikke bli et hinder for at personen selv kan spille en aktiv rolle.

Det bør skje minst mulig utskifting i hvem som innehar koordinatoransvaret i en planprosess. Det kan imidlertid oppstå situasjoner hvor det blir nødvendig med skifte av koordinator. Det er da viktig at kontinuiteten med en koordinator blir ivarettatt. Kommunen bør etablere rutiner som sikrer denne kontinuiteten.

5.3 Koordinatorens arbeidsoppgave

Koordinatorens arbeidsoppgave er å sikre oppfølgingen av tjenestemottakeren og en god framdrift i planprosessen.

Reell brukermedvirkning forutsetter en bevissthet om den relasjonen som faktisk eksisterer mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, for eksempel at makt er ulikt fordelt mellom partene. Det er viktig at tjenestemottakeren blir trygg på at denne makten brukes til beste for henne eller han. Den eventuelle endringen i maktfordelingen er først og fremst knyttet til at koordinatoren er satt til å lytte til tjenestemottakeren og har ansvar for å høre hele personens historie. Det er på mange måter denne helheten som representerer «brukerperspektivet», og som får et langt sterkere gjennomslag ved hjelp av ordningen med individuell plan, på bekostning av de mer oppsplittede fag- og etatsperspektivene.

Dersom en person må kombinere tjenesteyting på et spesielt område med koordinatorrollen, kan dette imidlertid føre til rollekonflikt hos den enkelte tjenesteyter - mellom oppgavene en har som koordinator og oppgavene en har som tjenesteyter. Særlig i små kommuner kan det være vanskelig å unngå denne rollekonflikten. Både ledelsen og de ansatte bør være oppmerksomme på denne problemstillingen.

5.4 Kompetansekrav for å inneha rollen som koordinator

I forskrift til individuell plan stilles det ingen formelle kompetansekrav til koordinator. Rollen kan ivaretas av ulike yrkesutøvere ved hjelp av veiledning, opplæring og støtte fra ledelsen og systemet for øvrig. Rollen er således profesjonsnøytral.

Selv om de fleste tjenesteytere og en del saksbehandlere allerede har den fagkompetansen som trengs for å være koordinator og å utarbeide individuelle planer er det viktig at de får en viss form for opplæring. De må være trygge på hva ordningen med individuell plan er, hva ordningen innebærer for den enkelte tjenestemottaker og for dem selv, og de må vite hvordan deres kommune eller helseforetak organiserer denne arbeidsoppgaven.

Det er viktig at koordinatoren har god oversikt over tjenesteapparatet og hvem han/hun kan henvise til. Det vil si at de har en viss kjennskap til hvordan tjenesteytere i de ulike etatene, instansene og sektorene jobber og hvilke regler og myndighet de har. Koordinatoren må også ha en viss oversikt over hva en person kan ha rett til av bistand.

5.5 En lærerik rolle

Mange av de tjenesteyterne som har erfaring med å være koordinator er svært begeistret for rollen. De opplever den som frigjørende, berikende og lærerik.

Å ivareta en koordinatorrolle fører også til at mange tjenesteytere blir bedre kjent med hele tjenesteapparatet. De erfarer hvordan systemet fungerer og ikke fungerer for de personene de er koordinator for. Samarbeidet mellom tjenestemottaker og koordinator bidrar til at minst en representant for velferdssystemet får en bedre og mer helhetlig oversikt over personens behov. Systemet sikrer dermed en sterkere grad av identifisering med personenes egne verdier og perspektiver. Dette innebærer at systemet i større grad enn før kan skreddersy bistanden. Systemet

har gjennom denne ordningen fått en mulighet til å fange opp svakheter ved velferdssystemet og dermed forme mer treffsikre tilbud.

6. Planprosessen

I denne veilederen beskrives en mulig struktur for planprosessen. Grunnstrukturen er åpen for individuell variasjon og den må leses som et forslag til strukturering av arbeidet. Fokus for planprosessen er det enkelte individ, det vil si at prosessen har et individuelt perspektiv. Ingen mennesker er like, og mennesker med behov for bistand er som andre mennesker forskjellige. Hver enkelt planprosess må derfor ta utgangspunkt i den enkelte persons ressurser, muligheter, behov og situasjon.

6.1 Starten

Planprosessen starter med at personen får tildelt en tjenesteyter med hovedansvar for oppfølgingen av han eller henne. Det kan være vanskelig å fortelle om seg selv og sin situasjon til et fremmed menneske. Fra tjenestemottakerens side kan det være ønskelig å ha en rådgiver eller likemann med i planprosessen.

Det kan være nødvendig at koordinatoren og tjenestemottakeren, eventuelt sammen med de pårørende, møtes til en innledende samtale. Gjennom å bli kjent med og å lytte til personens egen beskrivelse, eventuelt også pårørendes eller annen nærpersons supplerende beskrivelse, vil planleggingen kunne ta utgangspunkt i en helhetlig forståelse av livssituasjonen til den personen det planlegges for.

6.2 Underveis i prosessen

Planprosessen lar seg ikke så lett styre i en rettlinjet arbeidsprosess, med definerte punkt underveis. Prosessene er ulike, alt etter hva som er behovet til tjenestemottakeren. For noen handler prosessen underveis i hovedsak om en personlig utviklingsprosess, mens for andre er hovedtemaet planlegging og tilrettelegging av tjenestetilbud. Det må imidlertid ofte arbeides på ulike arenaer samtidig. Når en arbeider med en individuell plan skal det foretas en kartlegging. Med kartleggingen menes i denne sammenheng en gjennomgang og vurdering av de forhold som har betydning for personens behov for bistand, og av de løsninger og virkemidler som kan være aktuelle for å møte disse behovene.

6.3 Om samarbeid i en individuell prosess

Koordinatoren må finne fram til de samarbeidsformer som virker mest hensiktsmessig i hvert enkelt tilfelle, og som sikrer tjenestemottakeren og hans pårørende best mulige forutsetninger for deltakelse og innflytelse. Både de som yter tjenester og de som mottar tjenester er forskjellige, derfor er det naturlig at også samarbeidsformene kan variere fra sak til sak. Det viktigste synes å være at samarbeidet mellom koordinatoren og personen, eventuelt hans eller hennes familie, er konstruktivt og oppleves som godt av begge parter.

Under planprosessen er det nødvendig å samarbeide med ulike aktører og instanser. Mange av problemstillingene lar seg løse ved hjelp av for eksempel telefon, e-post, eller ved mer uformelle samtaler med enkeltpersoner. Andre ganger er det nødvendig med møter underveis. Noen av disse

møtene er korte, uformelle og spontane med få deltakere, mens andre møter kan være mer formelle, gjerne med flere deltakere, hvor det er sendt ut innkalling i god tid på forhånd. Uansett må samarbeidsmøter i individuelle prosesser ha et klart formål.

Samarbeidet, møtene og kommunikasjonen bør gjøre alle tjenesteyterne i stand til å se hvordan deres spisskompetanse kan spille sammen med de andre tjenesteyternes kompetanse på en slik måte at tilbudet blir mest mulig helhetlig.

6.4 Om å sette mål

Noen tjenestemottakere har ikke oversikt eller overskudd til å tenke på egne mål i den første fasen av planprosessen. Ikke alle opplever at det å avklare mål er lett. Det vanligste er at målene vokser fram underveis i planleggingsprosessen. For noen handler mål om noe konkret, som å ta en bestemt utdanning, få oversikt over økonomien, eller å kunne fortsette å bo hjemme eller fortsette i den gamle jobben. For andre kan målet være å få kontroll med rusmiddelbruken eller noe så diffust som det «å komme videre». Hovedregelen må være at konkrete mål utarbeides der tjenestemottakeren eller eventuelt pårørende anser dette som hensiktsmessig.

Tradisjonelt har en jobbet ut fra diagnoser og prognoser, og dermed ut fra hva fagekspertisen mener er realistiske mål, eller ut fra hva forskning har dokumentert er mulig. Årsak til at mål noen ganger blir stemplet som urealistiske kan imidlertid være at forventningene til personer med funksjonsnedsettelse generelt er lave. En individuell plan skal være tjenestemottakerens plan og det er hans eller hennes mål det skal arbeides mot. Når målene settes i tråd med det personen selv opplever som hensiktsmessig, kan det skape motivasjon og personen kan oppnå andre resultat enn både fagekspertisen og de selv trodde var mulig.

På den andre siden er det viktig at mål er oppnåelige. Å oppnå mål en har satt seg gir mestringserfaring, som igjen kan gi tro på at en kan strekke seg enda lenger. Motsatt vil mål en aldri når, kunne gi økt nederlagserfaring og forsterke en nedadgående spiral. Å balansere mellom langsiktige visjoner og kortsiktige, oppnåelige delmål er en sentral del av en planprosess.

6.5 Kartlegging av ressurser

Ressurser påvirker både hvilke mål en person våger å sette seg og hvilket behov vedkommende har for bistand. I praksis betyr det at kartlegging av mål, ressurser og behov for tjenester går parallelt, og utvikles over tid. Ressurser handler heller ikke bare om individuelle ressurser hos brukeren. Det handler også om de ressurser som kan mobiliseres i familie og nærmiljø. Og det handler om kartlegging av ressurser i tjenesteapparatet, som kan bli utnyttet på en bedre måte når de blir koordinert. Dette kan også være ressurser i etater som ofte er utnyttet, som for eksempel kulturetat og voksenopplæring.

Hovedfokus i planprosessen må være rettet mot å få fram ressursene og hvilke muligheter som finnes. Arbeidet bør også fokusere på hvilke vanskeligheter eller hindringer personen opplever i forhold til deltakelse, daglige gjøremål og i forhold til å realisere de ønsker og mål han eller hun har.

6.6 Kartlegging av behov for tjenester

Behov for tjenester skal kartlegges. Det kan handle om kartleggingen av behov for medisinsk bistand, opplæring, bolig, transport, hjelpemidler, fritidsaktiviteter, stønader og for mulighet til arbeid eller sysselsetting. Mange vil imidlertid allerede motta mange tjenester, noe som vil komme fram i kartleggingen.

Eksempel 4 Nyttige stikkord ved kartlegging av behov for tjenester

- Sosialt nettverk / personlige relasjoner
- Behandling / trening / medisiner
- Opplæring / veiledning / tilrettelegging
- Behov for hjelpemidler
- Økonomi / stønader
- Mobilitet / transport
- Personlig assistanse / hygiene / på- og avkledning
- Mestring av rusproblemer
- Husarbeid
- Mat / kosthold / måltider
- Arbeid / sysselsetting / dagtilbud / tilrettelegging
- Bolig / ombygging / uteområder
- Fritid / ferie / høytider
- Behov hos foreldre, ektefelle, partner, barn

Mange tjenestemottakere har en etablert relasjon til tjenesteapparatet allerede før arbeidet med individuell plan starter. De har ofte gjennomgått utredninger og det er ikke behov for å foreta nye dersom ting ikke har endret seg. Det kan vise seg at de som allerede har et tjenestetilbud mottar noen tjenester eller tiltak som faktisk er overflødig. Å avvikle tjenester eller bistand som ikke lenger er nødvendig, kan bidra til å skape bedre orden og fører til en mer effektiv ressursutnyttelse. Den individuelle planprosessen kan også bidra til å synliggjøre svikt i systemet. Det kan være tilbud som ikke finnes, overforbruk, feilbruk, eller tilbud som ikke blir gitt fordi etterspørselen er for liten.

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

6.7 Koordinering og avklaring

På bakgrunn av kartleggingen må personen eller vedkommendes koordinator ta kontakt med de etater og instanser det er behov for tjenester fra. Hensikten er å presentere de behov og ønsker tjenestemottakeren har slik at en kommer frem til et tilpasset tjenestetilbud. De ulike fagetatene vil kunne ha kunnskap om tjenester som ikke brukeren eller koordinatoren har. Det er derfor nødvendig med samarbeid og en god dialog mellom tjenestemottakeren, koordinatoren og det øvrige tjenesteapparatet for å finne fram til de beste løsningene for den enkelte. Samtalene, møtene og samarbeidet med de respektive etater og instanser vil danne grunnlaget for utforming av et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud, eller til forslag om hvordan partene kan jobbe mot et slikt tilbud og hvordan en kan skriftliggjøre dette i et plandokument.

Det kan være hensiktsmessig å knytte den første skriftliggjøringen av plandokumentet til et fellesmøte, hvor alle berørte tjenesteleverandører deltar. Dette gir en mulighet for å ta opp alle spørsmål som gjelder koordineringen av tjenestetilbudet, for å sikre at alle har en felles forståelse av dokumentets innhold. I et slikt møte må det legges til rette for at tjenestemottakerens interesser blir ivaretatt. I noen tilfeller vil det være etablert en ansvarsgruppe eller liknende hvor mange av de berørte instanser og etater møtes jevnlig. Dersom ansvarsgruppen skal videreføres, bør sammensetningen vurderes i henhold til planprosessen og plandokumentet.

Når de ulike etater og instanser møtes, gir det en mulighet for den enkelte etat eller instans å se sin egen rolle i en større helhet. Erfaringer viser at det å se hvordan de ulike tjenester er avhengige av hverandre, øker motivasjonen hos etater og tjenesteytere for å sikre både et nødvendig omfang av tjenester, og at tjenestene blir koordinert. Selv om det utarbeides et plandokument er det viktig at regler for enkeltvedtak, henvisninger og rekvisisjoner følges ved tildeling av tiltak, stønader og tjenester. Innenfor hjelpemiddelformidling kan imidlertid plandokumentet gi adgang til forenklet søknad (se punkt 9.3).

6.8 Evaluering, justering og avslutning

Når en person får utarbeidet en individuell plan bør evalueringen av tjenestetilbudet skje kontinuerlig i samarbeidet mellom tjenestemottaker og koordinatoren. Ordningen med individuell plan gir dermed tjenesteapparatet en mulighet til kontinuerlig å fange opp endringer og korrigere tilbudet i tråd med det som skjer i denne personens liv. Det bør ved avtalte tidspunkt gjøres en større justering og evaluering av tjenestetilbudet og plandokumentet.

Det er ikke mulig å svare generelt på spørsmålet om når planprosessen slutter. Men den første skriftliggjøringen av plandokumentet er en milepæl. For personer som har et mer permanent behov for sammensatte og koordinerte tjenester, vil det alltid være behov for at disse tjenestene planlegges og koordineres, og planprosessen vil derfor fortsette. Etter hvert som tjenestetilbudet fungerer godt og en har funnet fram til gode rutiner for å informere om endringer i forutsetninger og behov, vil selve planleggingsaktiviteten reduseres. Men plandokumentet må fortsatt revideres i tråd med at tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester endrer seg.

Mål og visjoner er ikke statiske, men endrer seg underveis i et menneskes liv. Når ett mål er nådd, kan nye formes. Erfaringer på ett livsområde, virker inn på hva en ser som mulig på et annet. Fastsetting av mål og virkemidler i individuell plan er en dynamisk prosess.

7. Plandokumentet

Når det gjelder plandokumentet må omfang og utforming avklares med den personen planen skal gjelde for. Noen ønsker at plandokumentet er så kort som mulig, mens andre har behov for at dokumentet inneholder mer informasjon. Planarbeidet forløper sjelden som en rettlinjet prosess fra A til Å, og aktørene må tilpasse seg det som måtte dukke opp av behov. Plandokumentet er ikke et mål i seg selv, men et redskap for å skape et tilpasset tjenestetilbud.

Planprosessen er ikke fullført i det øyeblikk det er utarbeidet et plandokument. Den er bare et skriftlig

uttrykk for en persons behov for tjenester i en bestemt tidsperiode, og hvordan dette behovet skal imøtekommes. Når tilbudet eller deler av tilbudet igangsettes, kan det vise seg at det er behov for endringer. Disse endringene må fanges opp slik at tjenestetilbudet kan endres og beskrives på nytt i plandokumentet.

7.1 Maler for plandokumentet

Skriftliggjøringen av individuell plan praktiseres på svært ulike måter. De fleste kommuner og helseforetak har en eller annen form for standardisert mal. Svært detaljerte maler eller skjema for plandokumentet kan begrense muligheten for individuell tilpasning. Erfaring viser at en del kommuner begynte arbeidet med utførlige oppsett for plandokumentet, men flere av disse kommunene har, med bakgrunn i egen erfaring, redusert omfanget for å gjøre plandokumentene mer «brukervennlige», tilpasset den enkelte tjenestemottaker.

Dersom det benyttes maler for plandokumentet bør malen være fleksibel og åpne for individuell tilpassing. Det vil si at tjenestemottakeren og koordinatoren må føle seg fri til å ta bort elementer i malen eller føye til nye elementer som de anser som viktige i den planprosessen de to samarbeider om. Intensjonen bak ordningen med individuell plan er at alle ledd i planarbeidet, også plandokumentet, skal tilpasses den personen planen gjelder for.

Forskriften om individuell plan § 7 beskriver hva som er nødvendig å ha med i plandokumentet for at det skal oppfylle de juridiske kravene. Paragrafen presiserer at plandokumentets innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte og at det under utarbeidelsen skal tas hensyn til personens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Momentene i punkt a til punkt i vil fortløpende bli kommentert i den påfølgende teksten. (Se forskrift med merknader – vedlegg 1)

Vedlegg 4 er et eksempel på en individuell plan

7.2 En oversikt over tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester

Dette er det punktet som ofte kalles situasjonsbeskrivelsen. Det er bare de faktorer som er relevant i forhold til en persons behov for tiltak og tjenester, som bør tas med i plandokumentets situasjonsbeskrivelse. Det er viktig å tenke på taushetsplikten og å ha respekt for personens egen oppfatning om hvilken informasjon som personen tillater og ikke tillater kan beskrives i plandokumentet.

Et tips fra praksisfeltet er at situasjonsbeskrivelsen og målene i plandokumentet kan gjøres i jeg-form. Ved å benytte jeg-form synliggjøres det om det er tjenestemottakerens mål som beskrives eller om det er tjenesteytternes mål. Det er lettere for tjenestemottakeren å motivere seg til og jobbe mot et mål som han eller hun føler er sitt eget.

Eksempel 5 Ulik språkdrakt, samme mål

- Jeg ønsker meg venner (Ole, 10 år)
- Øke barnets kommunikasjons- og samhandlingsevne (lærerens, psykologens og spesialpedagogens mål).

I planarbeidet bør en ta hele livssituasjonen til tjenestemottakeren i betraktning. Det kan være arbeids- og inntekstforhold, familie- og boligsituasjon, forhold knyttet til helse, utdanning og fritidsinteresser. Det er imidlertid ikke sikkert at alt dette skal skriftliggjøres. Flere av disse opplysningene kan være taushetsbelagte, og det kan være hensiktsmessig at bare koordinatoren har disse personopplysningene.

Eksempel 6 Informasjon som ikke behøver gis til samtlige

Det er ulike grunner til at en person har rett til å få en støttekontakt. Disse grunnene må formidles til personens saksbehandler ved sosialkontoret (evt. annen tildelingsenhet). Det er ikke nødvendig å formidle grunnlaget for tildeling av støttekontakt til den personen som skal fylle rollen som støttekontakt. Heller ikke andre tjenesteytere som skal utføre andre tjenester til personen behøver denne informasjonen. Den som skal være støttekontakt må imidlertid ha kjennskap til hvor, når og hvordan vedkommende skal utøve sin støttekontakttrolle.

7.3 Hvem deltar i og hvem gjør hva i planprosessen?

Dette punktet er en presisering av innholdet i punktene b og d i § 7 i forskriften.

I plandokumentet skal det framkomme hvem som deltar i planprosessen. De viktigste personene her er den personen det planlegges for og tjenesteyteren med hovedansvaret, det vil si koordinatoren. Det er disse to som i hovedsak utfører arbeidet med å planlegge et adekvat tjenestetilbud og som lager et plandokument.

Dersom personen det planlegges for er barn må de foresatte tas med i planarbeidet, noe som bør fremkomme av plandokumentet. Mange ganger vil det også være nødvendig og hensiktsmessig at pårørende er med selv om personen er myndig. Dette gjelder særlig dersom pårørende bor sammen med den personen det planlegges for.

Det følger av forskriften om individuell plan at den skal inneholde en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen. Ofte vil de andre tjenesteyterne «bare» formidle informasjon om ulike alternative løsningsmuligheter, om hva tjenestemottakeren kan oppnå ved å benytte ulike bistandsalternativ eller hvordan han eller hun kan kvalifisere seg for å få en bestemt type bistand.

7.4 Angivelse av ansvar for arbeidet med planen

Det må framgå av plandokumentet hvem som har hovedansvaret for oppfølgingen av planprosessen og oppfølgingen av tjenestemottakeren (jf § 2a). I praksis vil det si den personen som i denne veilederen benevnes som koordinatoren. Det kan være hensiktsmessig å konkretisere og klargjøre hva som er oppgavene til en koordinator, blant annet hvordan en kan kontakte koordinatoren, hva vedkommende har ansvar for og hvilke prosedyrer som gjelder dersom noe skal endres i tjenestetilbudet eller i plandokumentet.

7.5 Bistanden og hvordan den skal gjennomføres

Dette punktet er en presisering av punktene e og f i § 7 i forskriften.

Plandokumentet bør beskrive hvilke tjenester som skal ytes, i hvilket omfang de skal ytes, hvilke innholdsmessige krav som skal kunne stilles til dem. For hver enkelt tjeneste eller innsats brukeren mottar, må plandokumentet inneholde en spesifisering av hvem som er ansvarlig for den enkelte tjeneste, tiltak, stønad eller hjelpemiddel. Det bør framgå av plandokumentet hvordan de ulike

tiltakene tidsmessig er koordinert med hverandre og hvilke prosedyrer som skal følges. Gjennom å beskrive hvilke tjenester som skal ytes, når og hvordan de skal ytes og hvem som skal yte dem, vil tjenestemottakeren vite hva han eller hun kan forvente.

Plandokumenter kan også synliggjøre den innsatsen tjenestemottakeren, hans familie og venner bidrar med.

7.6 Planperiode, evaluering av tilbud og revidering av plandokument

Plandokumentet skal inneholde bestemmelser om fra hvilket tidspunkt planen skal gjelde og hvor lenge.

Koordinatoren bør kontakte tjenestemottakeren med avtalte mellomrom for å høre om det tjenestetilbud vedkommende mottar fra ulike tjenesteytere og instanser er tilfredsstillende, og om samordningen fungerer. Tidspunkt og frekvens for disse kontaktene nedfelles i den individuelle planen.

Plandokumentet kan inneholde bestemmelser om hvordan tjenesteytere og saksbehandlere skal gå fram dersom de har behov for å gjøre endringer på tiltak. Dette skal tjenestemottakeren kunne forholde seg til og hjelpeapparatet innrette seg etter. Opplysninger om klageadgangen bør også framkomme i plandokumentet.

7.7 Samtykkeerklæring

Sammen med plandokumentet skal det finnes samtykkeerklæring fra tjenestemottakeren om at hun eller han ønsker en individuell plan og samtykker til at taushetsbelagte opplysninger kan utveksles mellom ulike tjenesteytere. Opplysninger kan bare føres inn i plandokumentet så langt det informerte samtykket rekker. (Se også eksempel på en mer utfyllende samtykkeerklæring i vedlegg 3.)

Eksempel 7 Samtykkeerklæring

SAMTYKKE TIL UTARBEIDELSE AV INDIVIDUELL PLAN

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

Samtykket gjelder f.o.m: _____ t.o.m: _____

Sted, dato:

Underskrift: _____ Evt. verges underskrift: _____

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

Navn på personen: _____

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

7.8 Samarbeid mellom instanser

Aktiv deltakelse av fagpersoner i planleggingsprosessen kan øke deres forpliktelse og ansvarfølelse for å bidra til at samarbeid og samordning, det vil si det som er nedfelt i plandokumentet, gjennomføres. De ulike instansenes forståelse av hverandres kompetanse og kunnskap vil kunne utvikles når de virker sammen for å oppnå et felles resultat.

I plandokumentet bør en beskrive det samarbeidet og den samarbeidsformen som er valgt for å yte de beskrevne tiltakene.

8. Resultat – et individuelt tilpasset tjenestetilbud

Resultatet av en individuell planprosess skal være at tjenestemottakeren opplever å få et individuelt tilpasset tjenestetilbud som de selv har vært med på å utforme. Tjenestetilbudet skal ytes med respekt for mottakerens selvstendighet og integritet.

For den som har behov for langvarige og sammensatte tjenester er det tilbudet og ikke plandokumentet som er viktig. En individuell plan har liten hensikt dersom det bare blir en plan på papiret. 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 oppleves å dekke tjenestemottakerens behov.

Et tjenestetilbud til én person er *alltid* en unik komposisjon av innsatser. Konsekvensen er at det samlede tilbudet må planlegges og at det må utarbeides en samlet plan på langs og på tvers av sektorer - en sektorovergripende individuell plan.

Den innsatsen som gjøres av ulike tjenesteytere, saksbehandlere og koordinator, og de stønader, tjenester og tiltak som settes inn overfor tjenestemottaker, representerer tjenestetilbudets ulike tiltak eller virkemidler. Disse virkemidlene må dra i samme retning, en retning som styres av personens ønsker eller mål for framtida. Retningen er styrende for hvilken bistand som er nødvendig. De ulike tjenesteyternes rolle – uavhengig av hvilken etat eller instans de representerer - er å gi *nødvendig bistand*. Nødvendig må her forstås som den bistanden som skal til for å nå de planlagte målene.

Eksempel 8 Krav som bør kunne stilles til et tiltak/tjeneste

Krav en bør kunne stille til et tiltak:

- tiltaket må dekke det behov den er ment å dekke
- tjenestemottakeren må gis mulighet til å påvirke utformingen av tiltaket
- tiltaket må leveres til rett tid
- tiltaket må leveres og utføres på en etisk forsvarlig måte, med respekt for tjenestemottakeren
- tiltaket må være fleksibelt nok til å gi rom for spontanitet og naturlige variasjoner i behov
- tjenestemottakeren må holdes informert om tiltakets innhold, formål og eventuelle endringer i betingelsene for tiltaket
- taushetsplikten skal overholdes og reservasjonsretten må ivaretas

Det er ikke tilstrekkelig at tilbudet inneholder en rekke tjenester, stønader og virkemidler. De ulike tjenestene må koordineres på en slik måte at tilbudet henger sammen og oppleves som et helhetlig tilbud. Det er av avgjørende betydning at detaljene kommer på plass, og at personen får relevante tiltak til rett tid. Tjenestetilbudet bør i tillegg være fleksibelt slik at det tillater impulsive handlinger som er naturlig i et menneskes dagligliv.

Tjenesteapparatets samlede innsats skal supplere og bidra positivt til tjenestemottakerens innsats for å leve og virke i samfunnet slik de selv ønsker det.

8.1 Les mer om individuell plan i praksis

I dette punktet presenteres et lite knippe nettsider og prosjekter som gir utvidet kunnskap om arbeidet med individuell plan. Det er også mange andre som har lang erfaring med individuelt planarbeid. Kanskje har noen i ditt nærområde nyttige erfaringer å formidle? (Se også Del III Samarbeidsparter, reformarbeid og annet regelverk.)

8.1.1 Rapporter fra tilsynsmyndighetene

I henhold til lov om sosiale tjenester og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, har enten Helsetilsynet i fylket eller fylkesmannen det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten og helsetjenesten. Gjennom jevnlig tilsyn i de ulike fylkene samles erfaring med blant annet hvordan individuell plan blir benyttet i praksis. Resultatene fra tilsynet blir fortløpende lagt ut som rapporter på Helsetilsynets nettsider. Les mer på www.helsetilsynet.no

8.1.2 Rehabiliteringsnettverket Ahus

Rehabiliteringsnettverket Ahus er et kontaktnettverk for samarbeid, informasjon og kompetanseheving for rehabiliteringsaktører på ulike nivåer innen Akershus universitetssykehus HF (Ahus) sitt opptaksområde. Dette nettverket har over en treårsperiode gjennomført et prosjekt for å bedre samarbeidet mellom sykehuset og de to forsøkskommunene Ullensaker og Rælingen. Forskningsstiftelsen Fafo har evaluert prosjektet.

I dette prosjektet er det fokusert på individuell plan og det ble laget en håndbok som kan være en hjelper til tverrfaglig personale i utarbeidelse av individuelle planer. Erfaringene avgrensers seg til arbeid med nevrologiske pasienter. Les mer på www.rehabiliteringsnettverket-ahus.no

Evalueringsrapport

Heidi Gautun og Arne Grønningsæter (2002): *Kompetanseheving – en vei til bedre samarbeid? Prosjekt nevrologisk rehabilitering*. Oslo: Fafo-rapport

8.1.3 Prosjekt «Aktivt liv og selvbestemmelse»

«Aktivt liv og selvbestemmelse» tar sikte på å utvikle et planleggingsverktøy for individuell planlegging og evaluering som tar hensyn til hørselshemmedes spesielle språklige, sosiale og kulturelle behov. En komplett plan med brukerveiledning distribueres via Internett, slik at kommunene enkelt kan ta i bruk dette. Erfaringene fra prosjektet vil gjøre det lettere for kommunene å bruke individuell planlegging og innse nytten av det. Det primære målet for prosjektet er å forenkle tilgangen til tjenester for den enkelte hørselshemmede tjenestemottaker. Dette gjøres ved å kunne forholde seg til en liten kompetent gruppe fra ulike forvaltningsnivåer i kommunen der vedkommende bor. Les mer på: www.individuelleplaner.info

8.1.4 Samtak – kompetanseprogram for PPT og skoleledere

Foreldre har i mange tilfeller opplevd et fragmentert tilbud der de selv må prøve å koordinere hjelpetilbudet. Et prosjekt ved Borre PPT «Fra kaos til system med bruker i fokus» beskriver hvordan de der jobbet for å få orden i arbeidet sitt. I dette prosjektet har flere nivåer i hjelpeapparatet innenfor opplæring vært aktører. Prosjektet har arbeidet med å forberede særlig opplæringsaktører til å kunne utarbeide individuelle planer og til å forstå hva individuell plan faktisk er. Les mer på: www.samtak2.ls.no

8.1.5 Prosjekt «Individuell plan for psykisk helse» (IPPH)

Dette prosjektet, også betegnet som «Helhetlig psykiatriplanlegging» (HPP), har vært drevet av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Gjennom dette prosjektet er det i samarbeid med organisasjonene Mental Helse Norge og Voksne for barn utviklet et verktøy som omfatter en kort veiledningsdel, en beskrivelse av prosessen og en mal for hvordan planen kan utformes ut fra kravene i forskriften. Medarbeidere i prosjektet arbeider i 2005 med implementering av individuell plan i forhold til kommuner og spesialisthelsetjenesten.

8.1.6 Nettbaserte løsninger

I noen år har det vært arbeidet med å utvikle nettbaserte løsninger for utarbeiding og oppfølging av individuelle planer. I 2005 har prosjektet Sampro kommet lengst på dette området. Prosjektet er et offentlig forsknings- og utviklingsprosjekt i regi av Helse Midt-Norge og Visma Unique, støttet av Sintef IKT, Sintef Helse og Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP). Et elektronisk samarbeidsverktøy for Internett er utviklet, som gir mulighet for samhandling for alle aktører som er involvert i arbeidet med en konkret individuell plan. Tjenestemottakeren bestemmer selv hvilke personer og instanser som skal ha adgang til hele eller deler av planen. Høsten 2005 er dette samarbeidsverktøyet klart for bruk gjennom firmaet Visma Unique. Forskning knyttet til prosjektet gjennomføres ved NTNU.

Nærmere opplysninger, se www.sampro.no og www.NSEP.no

DEL III

□ SAMARBEIDSPARTER, REFORMARBEID
OG ANNET REGELVERK



9. Samarbeidsparter

Det er ofte nødvendig å samarbeide med etater utenfor helse- og sosialtjenestene for å kunne utarbeide et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, samlet i en individuell plan. I forskriftens § 6 understrekes at «Har tjenestemottakeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.»

Denne type samarbeid står blant annet sentralt i forskrift om habilitering og rehabilitering. I forskriften med utfyllende merknader tas opp blant annet samarbeidet mellom helse- og sosialtjenesten og Arbeids- velferdsetaten, skole/barnehageetat, barnevern, kultur- og teknisk sektor.

9.1 Samarbeid mellom tjenesteytere til barn og unge under 18 år

Rundskriv I – 3/2004, *Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan*, er utarbeidet av Barne- og familiedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet, Helsedepartementet og Sosialdepartementet. De fire departementene sier at formålet med rundskrivet er å oppfordre til bredt samarbeid om individuelle planer, slik at barn med nedsatt funksjonsevne og familiene deres får nødvendige, koordinerte og sammenhengende tjenester. De viser til regelverk om samarbeid i sosialtjenesteloven, barnevernsloven, rammeplan for barnehagen og veiledning for spesialundervisning. Hele rundskrivet finnes på www.odin.dep.no, Helse- og omsorgsdepartementets hjemmesider.

9.2 Individuell oppfølging i NAV

Samlokalisering og samarbeid med NAV og sosialetaten peker i samme retning, forsøke å koordinere ulike tjenester bedre overfor den enkelte tjenestemottakeren. NAV og SHdir. har en rekke tiltak og forsøk i gang for bedre å følge opp den enkelte, blant annet i forhold til sosialkontor og til ulike læresteder. Mer informasjon på www.nav.no <http://kommune.nav.no/shdir.no/sos.tj-nav>.

9.3 NAV hjelpemiddelsentral – hjelpemidler som en del av individuell plan

Tjenestemottakere med behov for hjelpemidler som har eller skal få en individuell plan kan velge å bruke denne i stedet for vanlige søknader om hjelpemidler, dersom behovet for hjelpemidler kan leses ut av planen. Når den delen av den individuelle planen som omhandler hjelpemidler er godkjent i kommunen, sendes den til hjelpemiddelsentralen i fylket, som fatter vedtak om hjelpemidler for en gitt tidsperiode.

Hver gang det er behov for et nytt hjelpemiddel i henhold til den individuelle planen, sender ansvarlig fagperson i kommunen nødvendige opplysninger til hjelpemiddelsentralen (med eventuelle utrednings- eller måleskjema) for å velge riktig hjelpemiddel. På hjelpemiddelsentralen går saken direkte til formidler for videre utredning, eller direkte til ordre/lager for utsending av hjelpemiddelet. (nav.no)

9.4 Skolen – individuell opplæringsplan

Skolen og pedagogisk-psykologisk tjeneste har lang erfaring med å utarbeide individuelle opplæringsplaner. I arbeidet med en overordnet individuell plan for barn og unge som mottar helse- og sosialtjenester er det svært ofte behov for å samarbeide med skolen. Oppfordring til et slik samarbeid behandles blant annet i rundskriv I - 3/2004 fra fire departementer, blant dem Utdannings- og forskningsdepartementet, angående samarbeid om individuell plan mellom ulike tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år. Opplæringslova sier at: «For elev som får spesialundervisning, skal det utarbeidast individuell opplæringsplan. Planen skal vise mål for og innhaldet i opplæringa og korleis ho skal drivast». En slik opplæringsplan kan ses som en delplan i forhold til en samlet, overordnet individuell plan for barn eller unge med funksjonsnedsettelse.

9.5 Introduksjonsordningen for innvandrere

Introduksjonsloven for nyankomne innvandrere regulerer rett og plikt til å delta i et introduksjons- og opplæringsprogram i bostedskommunene. Programmet skal gi grunnleggende ferdigheter i norsk, innsikt i norsk samfunnsliv og forberede for deltakelse i yrkeslivet. For denne opplæringa skal det utarbeides en individuell plan for hver enkelt som deltar i introduksjonsprogrammet (§ 6 i introduksjonsloven). Dette er altså en helt annen individuell plan enn det vi snakker om etter sosial- og helselovgivning. For nyankomne innvandrere som mottar helse- eller sosialtjenester kan det være aktuelt å se den individuelle planen for introduksjonsprogrammet i sammenheng med disse tjenestene.

10. Annet regelverk og reformarbeid

I dette kapitlet behandles i tillegg til forskrift om habilitering og rehabilitering annet regelverk og dokumenter som er sentrale i arbeidet med individuell plan. Vi viser i dette kapitlet også spesielt til rusomsorgen og psykisk helse, fordi det foregår et omfattende reformarbeid på disse områdene nå og i årene framover.

10.1 Forskrift om habilitering og rehabilitering

Denne forskriften fra 2001 utfyller på flere områder forskriften om individuell plan. Denne forskriften er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og lov om spesialisthelsetjenester, men det understrekes at helsetjenestene skal samarbeide med sosialtjenesten og andre etater ved behov. Forskrift om individuell plan legger et ansvar både på spesialisthelsetjenesten og sosial- og helsetjenestene i kommunene ved utarbeiding av individuelle planer. Forskrift om habilitering og rehabilitering går nærmere inn på hva som er henholdsvis kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar og samarbeidet mellom dem knyttet til individuell tjenesteyting (kap. 2 og 3 i forskriften). Både kommunen og spesialisthelsetjenesten skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Disse enhetene vil ha en sentral plass i arbeidet med utarbeiding og iverksetting av individuelle planer for mange tjenestemottakere. (Forskriften finnes på www.lovdatab.no)

10.2 Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten har som formål å bidra til at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. I forskriften vises det til at oppgaver og innhold til tjenestene skal være i henhold til individuell plan, når slik finnes.

Sosial- og helsedirektoratet har gitt ut veilederen *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* der det er vist flere eksempler knyttet til individuell plan. (Bestillingsnr. IS – 1201, finnes også på www.shdir.no)

10.3 Rusreformen

Både kommune og stat ved de regionale helseforetakene har et ansvar når det gjelder både å initiere og følge opp individuelle planer for rusmiddelmissbrukere. Helseforetakene overtok per 1. januar 2004 ansvaret for de behandlingstiltakene som til da hadde vært fylkeskommunens ansvar og regulert etter sosialtjenesteloven. Nå reguleres disse tjenestene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter spesialisthelsetjenesteloven.

I lovens § 2-1a første ledd punkt 5 er det gjort en tilføyelse som gjelder plikten til å sørge for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere.

Ved omleggingen fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven, ble spesialisthelsetjenesten også pålagt å vurdere henvisninger fra sosialtjenesten til tverrfaglig spesialisert behandling (§ 3-12). Spesialisthelsetjenesten skal også varsle sosialtjenesten i god tid ved utskrivning, dersom pasienten ønsker det, og alltid dersom vedkommende er tilbakeholdt i institusjon uten eget samtykke. Sosialtjenesteloven ble endret fra at sosialtjenesten skal «sørge for...» et behandlingsopplegg til «bistå med...» og retten til individuell plan ble nedfelt i sosialtjenesteloven som i helselovgivningen. I forbindelse med LAR – legemiddelassistert rehabilitering for narkotikamisbrukere er det stilt spesifiserte krav til hva tiltaksplan eller individuell plan skal inneholde. (Se rundskriv I – 35/2000 og I – 5/2005 fra Helse og omsorgsdepartementet.)

aktuelle referanser

Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven, rundskriv I – 8/2004, Helsedepartementet

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere, Sosial- og helsedirektoratet 2003

Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere – perspektiver og strategier, Helsedepartementet I – 1103B, 2004

Prosjekt Helhetlig rusbehandling – Læringsnettverk i prosessforbedring 2003 – 2004, Stiftelsen GRUK, www.gruk.no

10.4 Opptappingsplanen for psykisk helse

Gjennom den statlige Opptappingsplanen skal psykisk helsearbeid i kommunene og i det psykiske helsevernet (spesialisthelsetjenesten) styrkes og omstruktureres. Dette vil styrke tilbudet til den enkelte. Individuell plan er viktig i denne sammenheng. Uansett om arbeidet med individuell plan starter i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten, er nødvendig at det psykiske helsevernet og det psykiske helsearbeidet i kommunene samarbeider fra starten. Fordi en viktig intensjon i Opptappingsplanen er at personer med psykiske lidelser i størst mulig utstrekning skal kunne greie seg med nødvendig oppfølging i sin egen hjemkommune, vil det i mange tilfeller være naturlig at det er en ansatt i det psykiske helsearbeidet i kommunen som er koordinator for planen, etter at en person skrives ut fra spesialisthelsetjenesten. (Se også punkt 8.1.5)

aktuelle referanser

Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, Sosial- og helsedirektoratet (utkommer 2005)

KPA – Koordinering av psykososialt arbeid 2. utgave, Stiftelsen GRUK, Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten, 2004, tilgjengelig på www.gruk.no

10.5 Barnehabilitering

Strategiplan for habilitering av barn som forelå mars 2004, peker på en rekke områder der tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier bør bedres kvalitets- og kapasitetsmessig, for å nå de politiske mål som er satt. Samarbeid og samhandling på tvers av etater og nivåer er ett forbedringsområde. For 2004 og 2005 er det bevilget midler over statsbudsjettet til utviklingsprosjekt innen barnehabilitering (Strategiplan for habilitering).

Individuell plan er valgt som nasjonal kvalitetsindikator for barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene rapporterer hvor mange av barna som har vært i kontakt med barnehabiliteringstjenesten i en gitt periode som har fått utarbeidet individuell plan. Hensikten er bl.a. å bidra til at flere pasienter får utarbeidet individuell plan og ha en indikator på om helseforetakene oppfyller lovkravet.

aktuelle referanser

Strategiplan for habilitering av barn, Helsedepartementet 2004, bestillingsnummer I – 1098

Om kvalitetsindikatorer i barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten, se www.sykehusvalg.no

VEDLEGG



Vedlegg 1 Forskrift om individuell plan med merknader

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 23. desember 2004 med hjemmel i lov 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-2a, lov 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m m § 2-5 og lov 2. juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1, jf. kgl. res. av 19. desember 2001 og lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. § 4-3a. Endret ved forskrift 15. desember 2006 nr. 1425.

§ 1 Virkeområde

Forskriften gjelder individuelle planer som skal utarbeides etter bestemmelser gitt i kommunehelse-tjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a.

§ 2 Formål

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er:

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

§ 3 Definisjon

I forskriften her menes med tjenestemottaker:

pasient: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav a

og / eller

en person som henvender seg til sosialtjenesten med anmodning om sosiale tjenester, eller som sosialtjenesten gir eller tilbyr sosiale tjenester i det enkelte tilfelle.

§ 4 Tjenestemottakerens rettigheter

Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Tjenestemottakeren 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 tjenestemottakeren og pårørende ønsker det.

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

Den individuelle planen gir ikke tjenestemottakeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

§ 5 Samtykke

Individuell plan skal ikke utarbeides uten tjenestemottakerens samtykke.

For pasienter gjelder pasientrettighetsloven kapittel 4 om samtykke til helsehjelp tilsvarende.

Endret ved forskrift 15. des. 2006 nr. 1425 (i kraft 1. jan. 2007).

§ 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan

Kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan etter § 1 utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester jf.

kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3 a. Har tjenestemottakeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket samarbeide med disse. Den del av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet.

Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker.

§ 7 Innholdet i individuell plan

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

Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- a. en oversikt over tjenestemottakers 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 tjenestemottakeren, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e. en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f. en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g. en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h. tjenestemottakerens 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.

§ 8 Gjennomføringen av den individuelle planen

Den alminnelige ansvars- og funksjonsdeling mellom de ulike tjenesteytere legges til grunn ved gjennomføringen av planen, dersom ikke annet avtales.

§ 9 Taushetsplikt

De alminnelige reglene om taushetsplikt, jf. forvaltningsloven §§ 13 til 13e, pasientrettighetsloven § 3-6, helsepersonelloven kapittel 5 og sosialtjenesteloven § 8-8, kommer til anvendelse.

§ 10 Klage

Ved klage på rett til individuell plan etter helselovgivningen kommer bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 7 til anvendelse. Ved klage på rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven § 4-3a, kommer sosialtjenesteloven §§ 8-6, 8-7 og forvaltningslovens regler om klage til anvendelse.

§ 11 Ikraftsetting

Forskriften trer i kraft 1. januar 2005.

Fra samme tidspunkt oppheves forskrift av 8. juni 2001 nr 676 om individuelle planer etter helselovgivningen.

Merknader til de enkelte bestemmelsene i forskriften

Til § 1 Virkeområde

Forskriften regulerer retten til å få utarbeidet individuell plan etter bestemmelser gitt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a.

Til § 2 Formål

Bestemmelsen angir de mest sentrale formål med utarbeidelsen av individuell plan. Det fremgår av bokstav a at et sentralt formål med utarbeidelsen av individuell plan er at tilbudet til tjenestemottaker er helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset. Den individuelle planen skal således være et virkemiddel for å sikre at tjenestene som mottaker får fra ulike tjenesteytere samordnes og at tjenestene blir vurdert i en sammenheng. Det er den enkelte tjenestemottakers behov som er utgangspunktet for ytelsen av tjenesten. Målet er at de tjenester og ytelser som mottaker får fra sosial- og helsetjenesten og andre etater som f.eks. skoleetaten fremstår som helhetlige. Det vises i denne forbindelse til § 6 der det fremgår at kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket har plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere og etater.

Det fremgår videre av bestemmelsen at den individuelle planen skal være et virkemiddel for å sikre at det alltid er én tjenesteyter som har hovedansvaret og som påser at tjenestemottaker får nødvendig oppfølging. Det er et mål å avklare ansvarsforhold og sikre samordning slik at tjenestemottaker ikke skal bli en kasteball i systemet, hvor ingen tar ansvar for nødvendig oppfølging av tjenestemottaker.

Det følger av bestemmelsens bokstav b at utarbeidelsen av en individuell plan er et virkemiddel for å få kartlagt tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder. Kartleggingen skal ta utgangspunkt i hva tjenestemottaker definerer som sine mål og hvilke ressurser og behov han eller hun mener å ha. Dette er sentralt for at tjenestemottaker 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. Målsettingen for den enkelte må derfor formuleres gjennom et samspill/samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteyterne som sitter på relevant kompetanse og erfaring. Målet kan gjelde flere forhold; helsemessige, sosiale, å komme i arbeid eller ta utdanning.

Et formål med utarbeidelsen av den individuelle planen er videre at tjenesteyterne på grunnlag av tjenestemottakers definerte mål og angitte behov vurderer hvilke tiltak som er egnet for å dekke behovene. Det vises i denne forbindelse til merknaden til § 7 bokstav e.

Etter bestemmelsens bokstav c er det et formål med å utarbeide individuelle planer at samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker styrkes. Tjenestemottakers medvirkning i planleggingen står sentralt. Det vises i denne forbindelse til § 4 første ledd, hvor det fremgår at tjenestemottaker har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan. I tillegg er det et formål 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 bidrar til at tilbud til tjenestemottaker blir helhetlig og godt koordinert.

Til § 3 Definisjon

Samordning til felles forskrift etter helselovene og sosialtjenesteloven gjør det nødvendig å innføre og definere begrepet tjenestemottaker i forskriften.

Tjenestemottaker er i forskriften ment å omfatte person definert som pasient etter pasientrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav a og/ eller person som henvender seg til sosialtjenesten med anmodning om sosiale tjenester, eller som sosialtjenesten gir eller tilbyr sosiale tjenester.

En person som kun oppfyller vilkårene for bistand etter sosialtjenesteloven vil ikke kunne defineres som pasient, jf definisjon av pasient i pasientrettighetsloven § 1-3, med de rettigheter dette innebærer.

Til § 4 Tjenestemottakers rettigheter

Bestemmelsens første punktum, om rett til individuell plan, tilsvarer pasientrettighetsloven § 2-5. Sosialtjenesteloven § 4-3a har tilsvarende ordlyd. Både i helse- og sosiallovgivningen er brukermedvirkning vektlagt. Tjenestemottaker har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan. Bestemmelsene er gitt for å sikre at tjenestemottaker får innflytelse over egen situasjon. Hjelpeapparatet må derfor legge til rette for optimal brukermedvirkning i hele planprosessen. Det forutsettes at tjenestemottaker får informasjon og veiledning og det må legges spesiell vekt på, og avsettes tid til, å få frem tjenestemottakers 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.

Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med tjenestemottakeren, jf. pasientrettighetsloven kapittel 4. Sosialtjenesteloven har ingen tilsvarende bestemmelse som regulerer hvem som har samtykkekompetanse. Verge kan samtykke på vegne av mindreårige eller umyndiggjorte tjenestemottakere. En hjelpeverge kan samtykke på vegne av tjenestemottaker dersom det fremkommer av oppnevningsgrunnlaget at hjelpeverge er gitt kompetanse til å ta slike avgjørelser på tjenestemottakers vegne.

Til § 5 Samtykke

Første ledd:

Det fremgår av bestemmelsens første ledd at det ikke skal utarbeides en individuell plan etter forskriften uten at tjenestemottaker har gitt sitt samtykke til dette. Det vises til § 7 bokstav h om at planen skal inneholde tjenestemottakers samtykke til utarbeidelsen av planen. Samtykket skal være informert. Det innebærer at tjenestemottaker må være informert om og ha forstått hva en individuell plan er og hva samtykket vil innebære. Tjenestemottaker kan når som helst trekke samtykket tilbake.

Dersom voksne personer på grunn av nedsatt funksjonsevne, fysisk eller psykisk, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva et samtykke innebærer, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten, jf. pasientrettighetsloven § 3-1 annet ledd.

Som nevnt under merknader til § 4 Tjenestemottakers rettigheter, har sosialtjenesteloven ingen bestemmelse som regulerer hvem som har samtykkekompetanse. Verge/ hjelpeverge kan imidlertid samtykke på vegne av tjenestemottaker i tilfeller som nevnt i merknadene til § 4.

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

Til § 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan

Første ledd:

Det følger av forskriftens hjemmelslover at kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket har en selvstendig plikt til å sørge for at det utarbeides en individuell plan. Utarbeidelsen av planen skal skje gjennom et samarbeid mellom ulike tjenesteytere og etater.

Det vil variere hvilken instans som tar initiativet til å få satt i gang planprosessen, og hvilken instans som tar koordineringsansvaret. Verken kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven gir en bestemt instans noen sterkere plikt enn en annen. Ansvarer innen spesialisthelsetjenesten er entydig plassert hos helseforetaket, og ansvaret innen psykisk helsevern er tillagt den enkelte institusjon. Dette innebærer at den instans som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at en slik plan blir utarbeidet.

Det er viktig å presisere at tjenestemottaker som har rett til individuell plan etter denne forskriften også ofte vil ha behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, f. eks Arbeids- og velferdsetaten og skoleetaten. Etter bestemmelsen første ledd annet punktum har kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket en plikt til å samarbeide med disse.

Annet ledd:

Det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker. Med én plan menes et samordnet dokument som er resultatet av en planprosess der utgangspunktet er tjenestemottakers mål og behov for tjenester. Dokumentet skal fremstå som en overordnet plan.

Et hovedpoeng med planen er at den samler i ett dokument de tiltak/ytelser som skal til for å nå de mål tjenestemottaker har satt seg på ulike livsområder og til ulik tid, og der 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 tjenestemottaker og tjenesteytere 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 § 7 Innholdet i individuell plan

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

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

Under utarbeidelse av planen skal det tas hensyn til tjenestemottakers etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Det vises i den anledning til sameloven §§ 3-3 og 3-5. Disse bestemmelsene regulerer rett til svar på samisk og utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren.

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

Etter bokstav 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.

Etter bokstav d må det tydelig fremgå av planen hva de ulike tjenesteyterne og tjenestemottaker/ eventuelt pårørende skal bidra med i planarbeidet.

Etter bokstav 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 tjenestemottakers behov for bistand fra andre, og de må være klart beskrevet. Det er viktig at planen er realistisk i forhold til tiltak, slik at tjenestemottaker ikke forespeiles tiltak som ikke vil kunne gjennomføres.

Det fremgår av § 5 at tjenestemottaker skal samtykke til at planen utarbeides. Dette samtykket skal fremgå av planen, jf bokstav h. I tillegg vil det ofte være nødvendig at tjenestemottaker samtykker til at deltakere i planlegging gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Dette 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. Det vises i denne forbindelse til forskriftens § 9 om taushetsplikt med merknader.

Etter bokstav i skal planen også inneholde en oversikt over nødvendig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater. Det vises i denne forbindelse til § 6 hvor det fremgår i første ledd at det foreligger en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere.

Til § 8 Gjennomføringen av den individuelle planen

Det fremgår av bestemmelsen at den alminnelige ansvars- og funksjonsfordeling mellom de ulike tjenesteytere skal legges til grunn ved gjennomføringen av planen dersom ikke annet blir avtalt. Den tjenesteyter/etat som har ansvar for tjenesten, har ansvaret for at de planlagte tiltak gjennomføres.

Til § 9 Taushetsplikt

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

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, diagnostisk, behandlende, 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.

Den som mottar taushetsbelagte opplysninger vil være underlagt taushetsplikten etter forvaltningsloven eller særlovgivningen.

Etter sosialtjenesteloven § 8-8 første ledd er enhver som utfører tjeneste eller arbeid for sosialtjenesten underlagt taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13-13e. I bestemmelsens annet til fjerde ledd er det gitt særlige regler, slik at taushetsplikten etter sosialtjenesteloven er strengere enn etter forvaltningslovens bestemmelser.

Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt gjelder for enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, med mindre det er gjort unntak i særlovgivningen.

Til § 10 Klage

Etter § 7-1 i pasientrettighetsloven kan tjenestemottaker eller representant for tjenestemottaker 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 Helsetilsynet i fylket, jf pasientrettighetsloven § 7-2. Det vises for øvrig til bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 7. For tjenestemottaker etter sosialtjenesteloven er fylkesmannen klageinstans, jf sosialtjenesteloven § 8-7.

Vedlegg 2 Eksempel Informasjonsskriv om individuell plan i kommunen

Dersom du har behov for langvarige og koordinerte tjenester har du rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Å få en individuell plan innebærer:

1. en koordinator
2. en planprosess, det vil si en kartlegging av dine ressurser, muligheter og behov, og hva dine omgivelser og hjelpeapparatet kan bistå med
3. en plan som kan endres
4. en plan som skal sikre samarbeid mellom aktuelle instanser og tjenesteytere om å yte deg et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud i tråd med gjeldende lovverk på de aktuelle områdene og i tråd med ditt plandokument.

Du har rett til å medvirke i planarbeidet, og tjenesteapparatet skal legge til rette for det. Ordningen er ment å avklare ansvarsforhold og sikre samordning av dine tjenester. Ordningen skal også sikre deg innflytelse over ditt tjenestetilbud og den skal sikre deg en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av deg.

Retten er hjemlet i helse- og sosiallovgivningen, men har betydning også for andre etater enn helse- og sosialtjenesten. Intensjonen er at Individuell plan skal omfatte alle tjenester. Individuell plan skal ikke utarbeides uten ditt samtykke.

Alle opplysningene om deg er underlagt regler for taushetsplikt. Det innebærer at du også må gi samtykke dersom din koordinator skal gi taushetsbelagte opplysninger om deg til andre tjenesteytere.

Ønsker du en individuell plan?

Ta kontakt med, som har ansvaret for individuell plan her i kommunen. Alle tjenesteytere skal imidlertid også kunne gi deg informasjon om ordningen med individuell plan og de kan om nødvendig hjelpe deg med å etablere kontakt med

Dersom du har rett til en individuell plan, vil det bli oppnevnt en ansvarlig tjenesteyter/koordinator som har ansvaret for deg og for å lede planarbeidet. Du har rett til å påvirke hvem som blir din koordinator.

Dersom kommunen mener at du ikke har rett til en individuell plan, kan du klage. Du kan også klage dersom planprosessen eller plandokumentet er mangelfull, dersom du ikke får medvirke i planarbeidet, og dersom helse- og sosialtjenesten viser manglende vilje til samarbeid. Du kan klage uavhengig om du har fått en plan eller ikke.

Fylkesmannen ier klageinstans for deg som bor ikommune.

Husk

Dersom du synes det er vanskelig å møte tjenesteapparatet alene, har du rett til å ha med en rådgiver/likemann i møte med hjelpeapparatet og i arbeidet med den individuelle planen.

Det må fattes vedtak om tjeneste i kommunen. Planprosessen og planen skal gi et realistisk bilde av dine behov for stønader, hjelpemidler, tiltak og tjenester og dette bildet kan bidra til at du får et mer skreddersydd tjenestetilbud. En individuell plan gir deg ikke utvidet rett til tjenester.

Vedlegg 3 Eksempel Samtykke til utveksling av opplysninger

SAMTYKKEERKLÆRING

Informasjon

Min koordinator kan bare utveksle informasjon om meg og min sak dersom jeg har gitt samtykke til det. Samtykket skal være «informert». (Unntak: Informasjon som er nødvendig for å redde liv og helse).

Et informert samtykke innebærer at jeg:

- har fått informasjon om hvilke opplysninger som skal utveksles
- vet hvordan opplysningene skal brukes og konsekvensene av dette
- er kjent med at det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig
- er kjent med at jeg kan nekte at opplysninger om spesielle forhold utveksles, eller at spesielle fagmiljø eller enkeltpersoner får bestemte opplysninger
- er kjent med de konsekvenser/begrensninger på informasjon kan ha for arbeidet med min individuelle plan og for tilbudet til meg.

Lovbestemmelser om taushetsplikt

Forvaltningslovens § 13 til 13e

Pasientrettighetsloven § 3-6

Helsepersonelloven kapittel 5 § 21 – 25

Lov om sosiale tjenester § 8 – 8

Opplæringslovens § 5.4 og § 15.4

Folketrygdlovens § 21-9, § 25-10 og § 25-11.

I forbindelse med arbeidet med utvikling av min individuelle plan gir jeg følgende samtykke:

Jeg samtykker i at min koordinator innhenter informasjon om:	Fra:	Min underskrift

Jeg samtykker i at min koordinator gir informasjon om:	Til	Min underskrift

Samtykket gjelder fra _____ til _____

I planen skal det ikke skrives noe jeg ikke har godkjent på forhånd.

Andre merknader:

Vedlegg 4 Eksempel på en individuell plan

Dette eksemplet er ett av flere eksempler på hvordan en individuell plan kan lages. Planen er fra det virkelige liv, men er noe endret og anonymisert av hensyn til de impliserte.

Det viktigste er at en følger kravene i forskrift om individuell plan, der blant annet § 7 gir detaljerte anvisninger for hva planen skal inneholde. Det er deler i den presenterte planen som er lite behandlet, som for eksempel fritidstiltak. Den egne samtykkeerklæringen er ikke vedlagt her (se eksempel 7). Hver kommune og helseforetak kan i samarbeid med tjenestemottakeren bestemme oppbyggingen av planen, gjerne med innspill fra forslag til innretning og maler som er henvist til i denne veilederen. Men det er ingen spesiell mal som er "den riktige". Les og bruk forskriften, det er utgangspunktet for å lage gode individuelle planer.

Individuell plan for Per Nilsen

Adresse: Strandveien 4, 9999 Holmeby

Født: 25.10.1992

Foreldre: Kari Hansen, Strandveien 4, 9999 Holmeby
Steinar Nilsen, Skogveien 8, 8888 Sundby

Koordinator: Konsulent for funksjonshemmede Helene Fredriksen, helse- og sosialetaten, Rådhusgata 11, 9999 Holmeby. Tlf.: 99 88 88 88 e-post: kari@holmeby.kommune.no

Foreldrene henvendte seg til helse- og sosialtjenesten i kommunen for å få utarbeidet individuell plan for Per. Dette ble innvilget av Tildelingskontoret våren 2004. Den individuelle planen er utarbeidet i et samarbeid mellom koordinator og foreldrene. Det første plandokumentet var ferdig 5. oktober 2004. Planen er revidert en gang: 11. april 2005.

Fagpersoner som deltar i arbeidet med planen:

Holmeby kommune:

Koordinator Helene Fredriksen, helse- og sosialtjenesten

Sosionom Sossen Ellingsen, tildelingskontoret

Helsesøster Helene Sørensen, helse- og sosialtjenesten

Rektor Roald Skei, Bryn skole

Lærer Randi Sand, Bryn skole

Pedagog Petter Pettersen, PPT

Fastlege: Frank Larsen

NAV kontoret: Rådgiver Trygve Henriksen

Spesialisthelsetjenesten:

Barne- og ungdomspsykiatrisk avd.: psykolog Birger Angelsen

Barnehabiliteringen: sosionom Barbara Strand

Situasjonsbeskrivelse:

Per er en 12 år gammel gutt, som ble diagnostisert med Asperger syndrom høsten 2001 og Tourettes syndrom høsten 2003. Han har også vært utredet ved barnehabiliteringen høsten 1997. Han ble første gang henvist til PPT i 1996, etter forespørsel fra mor.

Per bor sammen med sin mor og en to år yngre bror. Han har samvær med sin far hver annen helg fra fredag til søndag, samt annenhver jul, nyttår, vinterferie, påske, høstferie og to uker hver sommerferie. Han er hos faren sin sammen med sin yngre bror.

Per er til vanlig en rolig og tilbaketrukket gutt, som liker å holde på med data og TV-spill. Han liker også godt å snakke med voksne, dersom han får snakke om sine spesielle interesser, som er data, TV-spill, filmer og om verdensrommet. Han kan også være opptatt av andre temaer i perioder. Er flink til å sitte og holde på med perling, tegning og maling, puslespill og andre småting. Dette er aktiviteter som han setter pris på.

Han har noen venner som han er sammen med på fritiden. I det siste året har han stadig oftere gitt uttrykk for at han trenger tid til å slappe av alene. Det er mer tydelig nå enn før at han ikke takler det sosiale samspillet så godt.

Han er avhengig av struktur og tilrettelegging i hverdagen. Dersom han ikke har strukturerte skoledager resulterer dette ofte i utagering, særlig når han kommer hjem. Han trenger en god del tilrettelegging i skolen på grunn av konsentrasjonssvikt og seint arbeidstempo. Per har en språksvikt (vanlig ved Asperger syndrom) som gjør at han ofte ikke forstår alt som blir sagt. Dette kommer ikke så godt til uttrykk, man må derfor forsikre seg om at han har fått med seg den informasjon han får. Per skjønner språk helt konkret, han oppfatter ikke metaforer, humor og fleip. Per har store vansker med å ta i mot flere beskjeder samtidig, og han oppfatter ofte ikke at beskjeder som blir gitt i klassen også gjelder han selv. Dette kan skape frustrerende situasjoner både for han selv og andre. Per er i tillegg veldig var for støy og uro, og lar seg lett avlede.

Målet med planen:

- At Per skal kunne bo hjemme til han er ferdig med 10. klasse.
Tiltak som avlastning, støttekontakt og ekstra støtte i skolen må ivaretas.
- At han skal kunne klare å leve mest mulig selvstendig som voksen.
Individuell opplæring i dagliglivets gjøremål, opplæring i økonomi og bli mest mulig selvstendig.
- At en starter planlegging av en boligløsning for Per i 2008
Ansvarlig: Tildelingskontoret i Holmeby kommune ved Sossen Ellingsen.

Samarbeidspartnere fra de enkelte instanser, bes ta kontakt med koordinator eller foreldrene, dersom noe er glemt eller bør komme i tillegg til de tiltak som planen inneholder i dag.

Planperiode og evaluering:

Planperioden er fra oktober 2004 til oktober 2007. Planen evalueres hver 6. måned, neste gang oktober 2005. (Første gang evaluert i april 2005).

Samarbeidspartnere og tiltak fra den enkelte instans i kommunen:

Helse og sosialavdelingen i kommunen, Tildelingskontoret:

Ansvarlig: sosionom Sossen Ellingsen, Rådhusgata 1, 9999 Holmeby

- Sossen Ellingsen deltar i ansvarsgruppemøter etter behov (avtales i god tid før møtet) og hun ordner med fornying av vedtak i samråd med foreldrene.
- Per har 16 timer støttekontakt per måned. Oskar Salvesen har oppdraget som støttekontakt. (vedtak februar 2005, fornyes februar 2006)
- Mor får 6 timer omsorgslønn per uke. (vedtak april 2005, fornyes april 2006)
- Mor har 3 døgn privat avlastning per måned fra omsorgen for Per. Avlastning blir gitt av Oskar Salvesen. (vedtak februar 2005, fornyes februar 2006)
- Mor har 2 døgn offentlig avlastning per måned. Da bor Per i en av kommunens avlastningsboliger. Primærkontakt i boligen er Ellen Krogh. Arbeidsinstruks vedrørende Per for opphold i boligen er utarbeidet i samråd med foreldrene. (vedtak januar 2005, fornyes august 2005)
- Bror til Per, Hans Nilsen født 1995, har 16 timer støttekontakt per måned (jf. støttekontakt til funksjonshemmet eller dennes familie). Trine Berg har oppdraget som støttekontakt for Hans. (vedtak august 2004, fornyes august 2005)
- Mor ønsker ferieavlastning i 2 uker for 2005. Sossen Ellingsen ordner vedtak senest 2. mai 2005.
- Fortløpende vurdering om utvidet offentlig avlastning er nødvendig, eventuelt annet botilbud for Per annenhver uke.

Opplæring og kultur:

Ansvarlig: Rektor Roald Skei og helsesøster Helene Sørensen, Skoleveien 4, 9999 Holmeby

- Representanter fra skolen(e) deltar på ansvarsgruppemøter ved behov (avtales i god tid før møtet).
- Per har ledsagerbevis for reduserte kostnader på kulturarrangementer med varig gyldighet (varig vedtak fra 2003).
- Per har enkeltvedtak om spesialundervisning (inneværende skoleår innvilger 17 t-timer per uke). Det søkes på nytt hvert skoleår for å få t-timer (søknadsfrist 15. desember året før). Ansvarlig: Rektor i samråd med foreldrene.
- Per har Individuell opplæringsplan (IOP). Ny IOP skal foreligge i begynnelsen av hvert skoleår. Ansvarlig: Pers klassestyrer Randi Sand, i samråd med foreldrene.
- Evaluering av Pers IOP hvert halvår. Ansvarlige: Klassestyrer og Pers foreldre.

- Veiledning fra Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) for lærere og assistent. (Dette må skolen bestille).
- Planlegging og tilrettelegging av overgang fra barneskole til ungdomsskole, med blant annet besøk ved ungdomsskolen. Ansvarlige: Klassestyrer og representant for ungdomsskolen i samråd med Per og hans foreldre.
- Ansvarsgruppemøte om våren og på høsten. Ansvarlig: helsesøster Helene Sørensen.

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT):

Ansvarlig: pedagog Petter Pettersen, Snarveien 28, 9999 Holmeby

- Petter Pettersen deltar på ansvarsgruppemøter ved behov (avtales i god tid før møtet).
- Samarbeider med BUPA og Barnehabiliteringen i spesialisthelsetjensten.
- Bidra med observasjoner i skolen.
- Ny sakkyndig vurdering før oppstart i ungdomsskolen. (skal være ferdig høsten 2005)

Fastlege:

Frank Larsen, Storgata 10, 9999 Holmeby

Samarbeidspartnere og tiltak i spesialisthelsetjensten:

- Representanter fra spesialisthelsetjensten deltar på ansvarsgruppemøter ved behov (avtales i god tid før møtet).

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA), Ansvarlig: psykolog Birger Angelsen, Sykehusveien 1, 9999 Holmeby

- Observasjon og veiledning til skole og hjem, etter avtale PPT og foreldrene.
- Klinikkopphold og nettverkssamlinger. Klinikkopphold ble gjennomført høsten 2004 og nettverkssamling våren 2004, dette videreføres etter avtale PPT og foreldrene.
- BUPA kan gi bistand når Per kommer i ungdomsskolen i form av veiledning og miniseminar for lærere og skoleassistent. Dette avtales nærmere når Per begynner på ungdomsskolen.
- Birger Angelsen har samtaler med Per, foreløpig fire ganger i året.

Barnehabiliteringen, Ansvarlig: sosionom Barbara Strand, Sykehusveien 2, 9999 Holmeby

- Veiledning og kursing, etter avtale med koordinator og foreldre.
- Evaluering av kurset om puberteten og seksualitet som Per deltok på vår 2005. (Mor tar kontakt)

Samarbeidspartnere og tiltak i NAV:

Hjelpemiddelsentralen:

- Per har fått låne datamaskin, bærbar og stasjonær (Permanent vedtak)
- Per ønsker å låne døgnklokke / tidsplanlegger. (Mor søker høsten 2005).

NAV:

Ansvarlig: rådgiver Trygve Henriksen, Rådhusgata 45, 9999 Holmeby

- Per er innvilget hjelpestønadsats 2, kr 1955 per måned. Ordningen evalueres hvert tredje år av NAV-kontoret ved Trygve Henriksen, sist januar 2005.
- I forbindelse med fornyelse av vedtak fra NAV bør en høyere sats enn 2 vurderes i og med tilleggdiagnose: Tourettes syndrom, samt at Per er blitt eldre og har de samme bistandsbehov som før. (Mor søker.)

Kari Hansen og Steinar Nilsen samtykker til at alle navngitte personer i dette plandokumentet, med unntak av Oskar Salvesen, Trine Berg og Ellen Krogh, får tilsendt et skriftlig eksemplar av Per Nilsens individuelle plan.

Holmeby 11. 04. 2005

Kari Hansen
mor

Steinar Nilsen
far

Helene Fredriksen
koordinator

Veiledere fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeides innenfor helse- og sosialfaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Sosial- og helsedirektoratet
Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no