

INDIVIDUELL PLAN 2010

Veileder til forskrift om individuell plan



Hefnets tittel: INDIVIDUELL PLAN 2010 – Veileder til forskrift om individuell plan

Utgitt: 1/2010

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

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling minoritetshelse og rehabilitering
Postadresse: pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgt. 2, Oslo

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no

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

Produksjon: www.kursiv.no

Forord

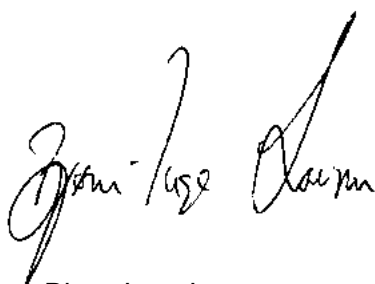
I 2002 ga Sosial- og helsedirektoratet ut den første veilederen for individuell plan. Veilederen skulle utfylle bestemmelsene i forskrift om individuell plan etter helselovgivningen (heretter kalt forskrift om individuell plan). Den gangen var forskriftens lovgrunnlag bare å finne i helselovgivningen. I 2003 ble lovgrunnlaget utvidet til å inkludere også tjenester etter sosialtjenesteloven. Ny forskrift om individuell plan trådte i kraft 1. januar 2005. Denne utgaven av veilederen er justert og oppdatert mot endringer i gjeldende lovverk, forskrifter og rundskriv pr 01.01.2010. 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 koordinerte 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.)

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.

I prosessen med å utarbeide den opprinnelige 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 har bidratt til innholdet i veilederen.



Bjørn Inge Larsen
Helsedirektør
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 Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven	13
1.2.1 Endringer i forskriften	13
1.2.2 Virkeområde	13
1.2.3 Utenfor virkeområdet	13
1.2.4 Generelt om samarbeid mellom tjenestene	13
1.3 Om retten til individuell plan	14
1.4 Ansvar for at det utarbeides individuell plan	14
1.4.1 Den enkelte tjenesteyters ansvar	14
1.4.2 Koordinatorens ansvar	15
1.4.3 Systemansvaret for individuell plan	15
1.5 Forhold til andre lovregler	15
1.6 Oppstart av planarbeid	15
1.7 Anmodning og klage etter helselovgivningen	16
1.8 Klage etter sosialtjenesteloven	16
1.9 Veiledningsplikt om klagemuligheter	16

DEL II INDIVIDUELL PLAN I PRAKSIS 17

2. Konkretisering av ordningen 18

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

3. Felles ansvar – ulike roller 19

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

4. Informasjon, veiledning og samtykke 20

4.1 Informasjon og veiledning til tjenestemottakere og pårørende	20
4.2 Anmodning om individuell plan	21
4.3 Samtykke til at det utarbeides individuell plan	21
4.4 Utveksling av opplysninger – forholdet til taushetspliktreglene	21

5. Koordinator	22
5.1 Koordinatorrollen	22
5.2 Koordinatorens arbeidsoppgave	23
5.3 Kompetansekrav for å inneha rollen som koordinator	23
5.4 En lærerik rolle	23
6. Planprosessen trinn for trinn	24
6.1 Starten	24
6.2 Underveis i prosessen	24
6.3 Om samarbeid i en individuell prosess	24
6.4 Om å sette mål	24
6.5 Kartlegging av egne ressurser	25
6.6 Kartlegging av behov for tjenester	25
6.7 Koordinering og avklaring	26
6.8 Evaluering, justering og avslutning	27
7. Plandokumentet	27
7.1 Maler for plandokumentet	27
7.2 En oversikt over tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester	28
7.3 Hvem deltar i planprosessen og hvem gjør hva?	29
7.4 Ansvar for arbeidet med planen	29
7.5 Bistanden og hvordan den skal gjennomføres	29
7.6 Planperiode, evaluering av tilbud og revidering av plandokument	29
7.7 Samtykkeerklæring	30
7.8 Samarbeid mellom instanser	30
8. Resultat – et individuelt tilpasset tjenestetilbud	30
8.1 Les mer om individuell plan i praksis	31
8.1.1 Rapporter fra tilsynsmyndighetene	31
8.1.2 Rehabiliteringsnettverket Ahus	31
8.1.3 Fylkesnettverk	31
8.1.4 Nettstedet kommunetorget.no:	32

DEL III SAMARBEIDSPARTER, REFORMARBEID OG ANNET REGELVERK 33

9. Samarbeidsparter	34
9.1 Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år	34
9.2 NAV hjelpemiddelsentral – hjelpemidler som en del av individuell plan	34
9.3 Introduksjonsordningen for innvandrere	34

10. Annet regelverk	35
10.1 Forskrift om habilitering og rehabilitering	35
10.2 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten	35
10.3 Rusfeltet	35
10.4 Psykisk helsearbeid i kommunene og i spesialisthelsetjenesten	37
10.5 Habilitering av barn og unge	37
10.6 Opplæringsloven og individuell opplæringsplan	38
VEDLEGG	39
Vedlegg 1 Forskrift om individuell plan med merknader	40
Vedlegg 2 Eksempel på samtykkeerklæring	47
Vedlegg 3 Eksempel på en mal for individuell plan	48
Vedlegg 4 Eksempel på en mal for individuell plan i helseforetak	51
EKSEMPEL	
Eksempel 1 Tjenestemottakeren skal ha informasjon om	22
Eksempel 2 Nyttige stikkord ved kartlegging av behov for tjenester som tar utgangspunkt i brukerens mål	26
Eksempel 3 Informasjon som ikke alle trenger å vite	28
Eksempel 4 Samtykkeerklæring	30
Eksempel 5 Krav som bør kunne stilles til et tiltak/tjeneste	31

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 det at tjenesteapparatet er for oppstykket og dårlig koordinert. Dette fører til at tjenestemottakere, og ofte også deres pårørende, må bruke mye tid for å komme fram til et tilpasset tjenestetilbud. Foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne erfarer for eksempel 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 rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven er et aktuelt tiltak for å sikre effektiv rådgivning, hjelp og behandling for rusmiddelmisbrukere 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 *forskrift* er alltid gitt med hjemmel i en lov, og 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 rettlledning om hvordan regelverket skal forstås. Lov, forskrift og merknader bør ses i sammenheng for å få best mulig forståelse av regelverket.

Et *rundskriv* inneholder ytterligere fortolkning og presisering av hvordan en overordnet forvaltningsmyndighet og politiske myndigheter mener 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, det vil si at kravet i seg selv framgår av regelverket. «Kan» innebærer at forvaltningen kan vurdere hvordan de vil utøve sitt skjønn innenfor rettslige rammer, mens «bør» er en tilråding som er førende, men ikke juridisk bindende.

Innholdet i *faglige veiledere* er i utgangspunktet ikke rettslig bindende, men kan inneholde referanser til bestemmelser og beslutninger som er gitt med bindende virkning. Utover det er innholdet i faglige veiledere i prinsippet å anse som anbefalinger og råd.

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

1. Lov og forskrift om individuell plan

1.1 Lovgrunnlaget

Tjenestemottakerens rett til å få utarbeidet individuell plan, og tjenestenes plikt til å utarbeide individuell planer, er hjemlet i ulike lover og forskrifter. Lovgrunnlaget er utvidet flere ganger siden individuell plan kom inn i regelverket i 2001. I dag har vi et prinsipielt skille mellom de lovbestemmelsene som er knyttet til forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, og de lovbestemmelsene som ikke har denne tilknytningen. Den viktigste konsekvensen er at forskriftens utfyllende bestemmelser og krav til innholdet i en individuell plan bare er juridisk bindende i de tilfellene forskriften gjelder.

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. januar 2007).

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).

Arbeids- og velferdsforvaltningsloven (NAV-loven) § 15. Samarbeid med brukeren og individuell plan

Enhver som henvender seg til kontoret, har rett til informasjon om arbeids- og velferdsforvaltningens tjenester og ytelser. Kontoret skal tidligst mulig avklare brukerens helhetlige behov. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren. Kontoret skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvem retten til individuell plan gjelder for og om planens innhold (i kraft 1. juni 2006).

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

§ 28. 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 tjenestemottakeren, jf. § 42.

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 rettigheten gjelder for, og om planens innhold.

§ 33. Individuell plan for deltakere i kvalifiseringsprogram

Deltakere i kvalifiseringsprogram har rett til individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med deltakeren, jf. § 42. Kommunens ansvar etter § 28 annet og tredje ledd gjelder tilsvarende.

Barnevernloven § 3-2a. Plikt til å utarbeide individuell plan

Barneverntjenesten skal utarbeide en individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet, og det foreligger samtykke. Barneverntjenesten skal samarbeide om planen med andre instanser barnet mottar tiltak fra.

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

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

1.2 Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

1.2.1 Endringer i forskriften

Forskriften ble endret i 2004, med ikrafttredelse 1. januar 2005. Denne endringen kom i forbindelse med rusreformen, der spesialisert tverrfaglig behandling for rusmisbruk ble en del av spesialisthelsetjenesten. Tjenestemottakere i sosialtjenesten som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har nå rett til å få utarbeidet en individuell plan. Utvidelsen av lov- og forskriftsbestemmelsene var et ledd i arbeidet med å harmonisere regelverket for helsetjenesten og sosialtjenesten, og å bedre samarbeid og koordinering mellom disse tjenestene.

Forskriften ble også endret i 2006, med ikrafttredelse 1. januar 2007. Denne endringen kom i forbindelse med at reguleringen av individuell plan i psykisk helsevernloven ble gjort tilnærmet lik den øvrige helselovgivningen.

1.2.2 Virkeområde

Siden 2005 er det ikke skjedd endringer i forskriftens hjemmelsgrunnlag. Det betyr at selv om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven 2006) har en bestemmelse om individuell plan (§ 15 Samarbeid med brukeren og individuell plan), har ikke forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven hjemmel i denne loven.

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (lov om sosiale tjenester i NAV 2009) har to bestemmelser om individuell plan (§§ 28 og 33). Forskrift om individuell plan i helselovgivningen og sosialtjenesteloven har heller ikke hjemmel i denne loven.

Lov om barneverntjenester fikk en bestemmelse om individuell plan gjeldende fra 1.01.2010 (se punkt 1.1). Heller ikke i forhold til denne bestemmelsen gjelder forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

1.2.3 Utenfor virkeområdet

Hva betyr det i praksis at det er kommet nye bestemmelser om individuell plan på sosial- og barnevernområdet som ikke er knyttet til forskrift om individuell plan i helselovgivningen og sosialtjenesteloven? Foreløpig kan vi ikke stille formelle krav om at for eksempel forskriftens krav til innhold i en individuell plan skal følges på disse nye områdene. Vi kan likevel betrakte forskriftens bestemmelser som veiledende også på disse områdene. Sentrale myndigheter er i gang med endringer i forskriften og/eller nye forskrifter knyttet til de nye lovbestemmelsene.

1.2.4 Generelt om samarbeid mellom tjenestene

Samarbeid mellom tjenestene på tvers av ulike sektorer, nivåer og regelverk er en forutsetning for et godt hjelpeapparat. En rekke enkeltbestemmelser i regelverket vektlegger ulike sider av samarbeidet mellom tjenestene.

To viktige fellesrundskriv fra departementene:

Rundskriv I-3/2004: Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan (Helsedepartementet, Sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet).

Rundskriv I-5/2008: Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning, kapittel 4.4 Individuell plan og ansvarsgrupper (Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet).

Se ellers Helse- og omsorgsdepartementets merknader til forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (i vedlegg 1).

NB! Fra 1.01.2010 er det gitt en forskrift om legemiddelassistert rehabilitering etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-16 (LAR-forskriften). § 6 i denne forskriften skjerper spesialisthelsetjenestens plikt til å utarbeide individuelle planer.

1.3 Om 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 kriteriene *langvarige og koordinerte tjenester* beror til en viss grad på skjønn.

Rett til en individuell plan betyr at tjenestemottaker har rett til en plan som sammenfatter vurderinger av behov og virkemidler, og som angir et helhetlig og begrunnet tjenestetilbud. Bestemmelsen gir tjenestemottakeren en rett til å få utarbeidet en plan, men rettskrav på bestemte tjenester vil ikke følge av selve planen. Denne retten 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. Det skal imidlertid legges stor vekt på tjenestemottakerens synspunkt og meninger. Men 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.

1.4 Ansvar for at det utarbeides individuell plan

1.4.1 Den enkelte tjenesteyters ansvar

Flere instanser er pålagt å utarbeide en individuell plan etter sosial- og helselovgivningen, se punkt 1.1. Det må også legges til grunn at private rehabiliteringsinstitusjoner som yter spesialisthelsetjenester etter avtale med regionale helseforetak har tilsvarende forpliktelser. Utarbeiding av en individuell plan forutsetter at disse instansene samarbeider der det er nødvendig og i samsvar med tjenestemottakers behov. Forskrift om individuell plan 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. Dette gjelder uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet (forskriftens § 6 første ledd).

1.4.2 Koordinatorens ansvar

Et viktig formål med individuell plan er å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren.

I de fleste tilfeller vil det være naturlig at det individuelle planarbeidet forankres i kommunen og at det er en tjenesteyter fra den delen av tjenestene som er koordinator. Både nærhetsprinsippet og omfanget av tjenester fra kommunen vil være en viktig bakgrunn for dette. I tilfeller hvor pasienten i hovedsak har tjenester fra spesialisthelsetjenesten, kan det være naturlig at koordinator oppnevnes derfra. Ved valg av koordinator skal det legges stor vekt på tjenestemottakerens ønske.

1.4.3 Systemansvaret for individuell plan

Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger både kommuner og spesialisthelsetjeneste å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE). Enheten skal være synlig og tilgjengelig og ha en sentral rolle i og sikre samhandling på tvers av nivåer og sektorer. Helse- og omsorgsdepartementet sier i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011¹ at det i mange tilfeller vil være naturlig at koordinerende enhet i kommunene har et overordnet ansvar for at ordningen med individuell plan fungerer. Et slikt systemansvar kan innebære utarbeidelse av sektorovergripende rutiner, rekruttering av koordinatorene, generell opplæring og informasjon, opplæring og veiledning av koordinatorene, oversikt over planarbeidet i kommunen, være kontaktpunkt for henvendelser om oppstart av IP med mer. I noen kommuner er KE gitt et sektorovergripende mandat i å oppnevne koordinatorene. Undersøkelser som er gjennomført i 2008 og 2009², på oppdrag fra Helsedirektoratet, viser at mange kommuner har definert et slikt systemansvar til kommunens koordinerende enhet.

I og med at de fleste planprosesser naturlig vil ha forankring i kommunene, vil rollen til koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten bli noe annerledes. Men også her vil det kunne være naturlig at KE sikrer rutiner for IP på helseforetaksnivå, generell opplæring, veiledning av personell i helseforetaket, samarbeid med KE i kommunene om gode forløp på tvers av nivåer.

1.5 Forhold til andre lovregler

Lovgivning om taushetsplikt, samtykke og klageadgang skal ivareta tjenestemottakers rettssikkerhet. Disse reglene, som vi finner i forvaltningsloven og særlovgivningen, gjelder også for arbeidet med individuell plan.

1.6 Oppstart av planarbeidet

Den som skal ha individuell plan, må fylle de lovbestemte vilkårene om behov for langvarige og koordinerte tilbud. Den som ønsker en individuell plan, har vanligvis et egenopplevd behov for samordning av ulike tjenester.

Hvorvidt lovens vilkår for rett til individuell plan er oppfylt, er en faglig vurdering og avgjørelse. Dersom vurderingen tilsier at personen *har* rett til plan, skal planarbeidet starte. Avgjørelsen av

¹ St.prp. nr 1 (2007-2008) kapittel 9, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011

² Undersøkelse om rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene, Synovate 2009

spørsmålet om rett til individuell plan skal journalføres (helsetjenesten) eller dokumenteres på annen måte (sosialtjenesten) sammen med relevante opplysninger.

Dersom konklusjonen på den faglige vurderingen er at den aktuelle personen *ikke* har behov for langvarige og koordinerte tjenester, blir behovet for dokumentasjon sterkere på grunn av tjenestemottakerens adgang til å få avgjørelsen overprøvd. Avgjørelsen må være skriftlig, begrunnet, og formidlet til den personen saken gjelder med informasjon om klagemulighetene.

Overprøvingsmulighetene følger to parallelle spor, avhengig av om man vil klage etter helselovgivningen eller sosialtjenesteloven.

1.7 Anmodning og klage etter helselovgivningen

Overprøving av problemstillinger rundt individuell plan etter helselovgivningen skal følge pasientrettighetsloven kapittel 7, og Helsetilsynet i fylket er klageinstans. Før det kan klages til Helsetilsynet i fylket, må vedkommende ha fremmet en "anmodning" til tjenesten. Det vil si at den som ønsker plan, må ha tatt spørsmålet opp med helsetjenesten. Det kan anmodes både om å få individuell plan, at en mangelfull plan skal forbedres og om at retten til medvirkning skal oppfylles. Dette har ingen innvirkning på helsepersonells plikt til, på eget initiativ, å informere pasienter om retten til individuell plan.

1.8 Klage etter sosialtjenesteloven

Etter sosialtjenesteloven må tilvarende problemstillinger fremmes som klage til fylkesmannen, og skal følge sosialtjenestelovens og forvaltningslovens regler om klage på vedtak.

1.9 Veiledningsplikt om klagemulighetene

Dagens regler for klage er kompliserte, og det sier seg selv at det kan være vanskelig for tjenestemottakere å forholde seg til. Tjenesteutøvere og alle administrative ledd bør derfor ha forsterket plikt til å gi veiledning og bistand i mulige klagesaker. Det sentrale er tjenestemottakerens rettssikkerhet; har vedkommende rett til individuell plan, holder planen i tilfelle forskriftens krav til innhold – og får vedkommende utøve sin medvirkningsrett i planarbeidet?

DEL II

INDIVIDUELL PLAN I PRAKSIS



2. Konkretisering av ordningen

2.1 Målsetting

Formålet med individuell plan er først og fremst at tjenestemottakeren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Forskning og brukererfaringer 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 kan være å bli lyttet til, møtt med respekt, tillit og oppmuntring, og ikke minst få hjelp til å se muligheter. Opplevelsen av forutsigbarhet og trygghet i møte med offentlige etater er det også mange som fremhever.

Individuell plan kan beskrives både som et verktøy og en prosess. Den legger for det første til rette for at tjenesteapparatet setter tjenestemottakeren i sentrum. I tillegg utfordres tjenesteytere, etater, institusjoner og kommuner til å organisere, samarbeide og samvirke på nye måter. Arbeidsmetoden betinger en målrettet innsats fra kommunene, spesialisthelsetjenesten samt øvrige 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. 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 tjenesteyterne.

2.2 Ordningens ulike deler

Ordningen med individuell plan består av:

- en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren, i praksis kalt koordinator
- en kartlegging
- utarbeiding av et plandokument i et samarbeid mellom tjenestemottaker og relevante sektorer, etater og nivåer
- oppfølging, evaluering og revidering av planen

2.3 Styrke tjenestemottakerens rolle

Tjenestemottakerens rett til å delta i planarbeidet 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 individuell plan skal tjenestemottakeren få en styrket innflytelse over sin situasjon. Tjenestemottakeren skal ha en aktiv rolle i planprosessen, eventuelt i samarbeid med pårørende. Det innebærer at vedkommende skal ha et eierforhold til de målene som nedfelles i planen og de løsninger som skisseres.

3. Felles ansvar – ulike roller

3.1 Ansvar og rollefordeling

Ansvar for utarbeidelse av individuell plan er som nevnt forankret i flere lovverk. Dermed er ansvaret definert likelydende for mange ulike tjenester. Prinsippet om felles ansvar er begrunnet i at tjenesteyterne ikke skal kunne fraskrive seg ansvar før rollefordeling og ansvar for oppfølging er tydelig forankret og avtalt (St.meld nr 21, 1998-99)³. Et felles ansvar kan dessuten være en god plattform for likeverdigheten i dialogen og samhandlingen. Dette er imidlertid ikke til hinder for at roller og oppgaver kan være ulike. Som følge av de generelle prinsippene om funksjonsdelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, vil det ofte være naturlig at hovedforankringen av individuelle planprosesser er i kommunen, jfr kap 1.4.

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 tilfeller hvor eksempelvis rehabiliteringstilbud innen somatikk ytes av private institusjoner eller privatpraktiserende lege- og psykologspesialister etter avtale med regionale helseforetak, må det legges til grunn at disse har tilsvarende forpliktelser som helseforetak og psykisk helsevern.

Når en planprosess startes opp i spesialisthelsetjenesten, bør det så raskt som mulig og i samsvar med tjenestemottakers samtykke tas kontakt med riktig instans i kommunen for å etablere samarbeid om planprosessen videre. Det kan være naturlig at dette kontaktpunktet tillegges den enheten som har systemansvaret, jfr kapittel 1.4. I samarbeid med tjenestemottaker må det utpekes en koordinator blant tjenesteyterne som skal lede og koordinere arbeidet. Et viktig formål med individuell plan er å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Som hovedregel vil det være naturlig at koordinator velges blant tjenesteyterne i kommunen. Dersom vedkommende i hovedsak har tjenester fra spesialisthelsetjenesten, kan det være naturlig at koordinator oppnevnes fra denne delen av tjenestene. Det skal imidlertid legges vekt på tjenestemottakers ønske.

I tilfeller hvor en planprosess starter i spesialisthelsetjenesten, vil det være ulikt hvor langt man kommer i utarbeidelsen av planen før vedkommende utskrives. Uavhengig av dette skal det før utskrivning til kommunen eller overføring til annen enhet i spesialisthelsetjenesten gjøres avtaler som sikrer at vedkommende får nødvendig oppfølging. En individuell plan erstatter ikke behandlingsplaner og lignende. En igangsatt planprosess kan imidlertid være svært viktig i slike sårbare overganger.

3.2 Forankring og lederansvar

For å lykkes i arbeidet med individuell plan bør arbeidet forankres på øverste nivå både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Dette bør omfatte sektorovergripende prosedyrer for informasjon, tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling, felles maler, opplæring og rekruttering av koordinatore samt planprosessen trinn for trinn. Samhandling om individuell plan mellom kommuner og helseforetak bør være nedfelt i samarbeidsavtalene mellom nivåene. Rutiner for arbeidet med

³ St.meld nr 21, (1998-1999) Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

individuell plan bør være del av interne kvalitetsystemer både i kommuner, helseforetak og institusjoner. Eventuelt mandat til å oppnevne koordinatorene på tvers av tjenesteområder i en kommune må også forankres på overordnet nivå. Ansvar for utvikling av slike rutiner og sektor-overgripende opplæring bør følge av systemansvaret for individuell plan jfr kapittel 1.4. Målet må være å sikre mest mulig lik praksis uavhengig av tjenestested. Ledelsesforankring er også særlig viktig for å gi legitimitet til rollen som koordinator.

3.3 Opplæring og veiledning

Både tjenesteytere og saksbehandlere trenger opplæring for å kunne informere om individuell plan og for å kunne være koordinatorene. De fleste kommunene deler opplæringen i en generell del, hvor det gis en grunnleggende opplæring om retten til individuell plan, og en mer omfattende del som omhandler koordinatorrollen. Felles opplæring på tvers av sektorer, etater og nivåer fremmer felles forståelse og samarbeid som ordningen med individuell plan betinger.

Erfaring viser at veiledning av koordinatorene er svært viktig for at de skal kunne stå i rollen over tid, og for den fagpersonlige utviklingen til den enkelte. Det kan være naturlig at slik veiledning på tvers av sektorer også bør ligge til den enheten som har systemansvaret, jfr kap 1.4.

Gode eksempler på opplæring og veiledning finnes på Helsedirektoratets nettsider www.helsedir.no

3.4 Samarbeid på systemnivå

I tillegg til sektorovergripende prosedyrer og samarbeidsavtaler, bør arbeidet med individuell plan være tema i møter på ledelsesnivå mellom ulike tjenesteområder. Individuell plan forutsetter samarbeid med aktører også utenfor helse- og sosialsektoren. Det er viktig at kommunen, som i de fleste tilfeller vil være hovedaktøren i planarbeidet, sikrer at brukere får tilgang til den bredde av kompetanse som den enkelte trenger. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering bør være en pådriver for slike tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidsfora internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Brukerorganisasjoner bør også inkluderes.

Helseforetakene og institusjoner bør ha oppdatert informasjon om hvem eller hvilken instans som har systemansvaret for individuell plan i de kommunene som hører inn under deres opptaksområde.

4. Informasjon, veiledning og samtykke

4.1 Informasjon og veiledning til tjenestemottakere og pårørende

Regionale helseforetak, helseforetak og kommuner gir generell informasjon om sine tjenester gjennom sine internettsider. Mange utarbeider også informasjonsbrosjyrer om ulike tjenester, for eksempel om individuell plan.

I tillegg til at tjenestene har plikt til å gi generell informasjon om sin virksomhet, har tjenesteyterne plikt til å informere aktuelle tjenestemottakere og pårørende de kommer i kontakt med om mulig rett til individuell plan. Plikten omfatter også å gi nødvendig konkret veiledning og bistand til at tjenestemottakeren og/eller pårørende kan ivareta sine rettigheter. Dette kan for eksempel innebære å gi hjelp til å komme i kontakt med den instansen som kan gi ytterligere informasjon og eventuelt

igangsette planarbeidet, jfr kap 1.4 ovenfor om systemansvaret. Veiledningsplikten følger både av forvaltningsloven og av særlovgivningen.

4.2 Anmodning om individuell plan

Et ønske om individuell plan kan fremmes både muntlig og skriftlig, men kommunen og helseforetaket må i alle tilfeller skriftliggjøre anmodningen for å kvalitetssikre sin saksbehandling. Dette er særlig viktig dersom anmodningen avslås. Se punkt 1.6 om klage.

Anmodningen eller søknaden kommer formelt sett fra tjenestemottakeren, men pårørende, en tjenesteyter, verge/hjelpeverge eller for eksempel en "likemann" kan være behjelpelig med å formidle ønsket om en individuell plan.

Når kommunen eller spesialisthelsetjenesten skal ta stilling til ønsket om individuell plan, er vurderingstemaet om tjenestemottakeren faktisk har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Hvis svaret er "ja" inntreffer retten til plan, og det skal derfor ikke i tillegg vurderes om vedkommende har behov for individuell plan.

Den enkelte kommune må gi tydelig informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere om hvor en skal henvende seg for å få igangsatt individuell planprosess.

4.3 Samtykke til at det utarbeides individuell plan

Ordningen med individuell plan er frivillig for alle grupper tjenestemottakere. Det betyr at den enkelte gjennom samtykke må ta stilling til om hun eller han ønsker at planprosessen skal settes i gang. Samtykket skal være informert, det vil si at den det gjelder skal ha fått nok saklig informasjon til å vurdere om individuell plan er noe han eller hun ønsker. På denne måten får den enkelte tjenestemottaker anledning til å involvere seg aktivt i prosessen helt fra starten.

Pasientrettighetsloven kapittel 4 regulerer hvem som har samtykkekompetanse, og hvem som eventuelt kan samtykke på vegne av pasienten. (Se merknadene til forskriftens § 5 i vedlegg 1 nedenfor). Dette er regler som gjelder for helsetjenestene.

I sosialtjenesteloven er det ikke tilsvarende regler for samtykke og samtykkekompetanse. En hjelpeverge kan imidlertid samtykke på vegne av tjenestemottakeren hvis forholdet omfattes av hjelpevergens myndighetsområde.

4.4 Utveksling av opplysninger – forholdet til taushetspliktreglene

Prosessen med å utarbeide en individuell plan krever samtykke i to trinn. "Inngangsbilletten" er som nevnt ovenfor tjenestemottakerens samtykke til at planarbeidet settes i gang. Neste trinn er å avklare informasjonsutveksling mellom deltakerne i plangruppen.

Selv om en person har samtykket i at han eller hun ønsker at det skal utarbeides en individuell plan, må det altså innhentes informert samtykke før taushetsbelagte opplysninger kan utveksles (se vedlegg 2).

Eksempel 1 Tjenestemottakeren skal ha informasjon om

- hvilke opplysninger det er aktuelt å utveksle
- hvordan opplysningene skal brukes og konsekvensene av dette
- at det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig
- at vedkommende kan nekte at opplysninger om spesielle forhold utveksles, eller at spesielle fagmiljø eller enkeltpersoner får bestemte opplysninger

En samtykkeerklæring må ikke være en "blankofullmakt" til utveksling av opplysninger. Det dokumentet tjenestemottakeren undertegner bør inneholde de presiseringene som er nevnt ovenfor.

5. Koordinator

5.1 Koordinatorrollen

Den tjenesteyter som til enhver tid har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren kalles i praksis 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. I så stor grad som mulig må tjenestemottakeren selv få innflytelse på valget av koordinator, men kommunen/spesialisthelsetjenesten har det avgjørende ordet.

Opplærings- og veiledningsansvar overfor de som får oppgaven som koordinator, og god opplæring av disse kan være avgjørende for å rekruttere nok personell til å være koordinatorene. Dette er omtalt i kap 3.3 ovenfor. Oppgaven bør fordeles på ansatte fra ulike sektorer, slik at en tjenesteyter ikke får for mange personer han eller hun må være koordinator for. (Noen koordinatorene vil kunne ha arbeidssted i spesialisthelsetjenesten.)

I og med at koordinator, ifølge forskrift om individuell plan § 2, skal velges blant tjenesteyterne, vil vedkommende ha to viktige roller overfor tjenestemottakeren. I tillegg til rollen som fagperson og tjenesteyter innebærer koordinatorrollen et hovedansvar for å påse at tjenestemottaker får nødvendig oppfølging, jfr merknad til § 2 i forskrift om individuell plan. Dette innebærer å avklare ansvarsforhold, sikre samordning og at tjenestemottaker ikke blir en kateball i systemet. Koordinator må ha et perspektiv som favner helheten i vedkommendes tjenestetilbud. Koordinatoren skal sikre at personen det planlegges for får god informasjon. Koordinatoren må støtte opp under tjenestemottakerens medvirkning og motivere vedkommende til å spille en aktiv rolle i egen prosess.

Enkelte opplever at det kan være utfordrende å kombinere rollen som tjenesteyter med koordinatorrollen. En viktig forutsetning for å unngå rollekonflikter er å være tydelig på hva som kan forventes av en koordinator. Dette er særlig viktig overfor tjenestemottakeren og de pårørende. Tydeliggjøring av rollen som koordinator er også nødvendig overfor de andre tjenesteyterne som er med i planprosessen. Å være koordinator innebærer ikke at man skal overta en jobb for andre, men at man først å fremst skal sikre helheten. Det er viktig at den som er vedkommendes leder anerkjenner og gir rom for utøvelse av koordinatorrollen i tillegg til å være tjenesteyter.

Det bør skje minst mulig utskifting av hvem som innehar koordinatorsansvaret i en planprosess. Det kan imidlertid oppstå situasjoner hvor det blir nødvendig med skifte, av koordinator. I tilfeller der det er nødvendig med et skifte er det viktig å sørge for optimal kontinuitet, og en tid med overlapping kan være en god løsning. Det må være rutiner for dette.

5.2 Koordinatorens arbeidsoppgave

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

Reell brukermedvirkning forutsetter bevissthet om den relasjonen som faktisk eksisterer mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, for eksempel "maktfordelingen" som følger av de ulike rollene. Det er viktig at tjenestemottakeren blir trygg på at tjenesteapparatet arbeider til beste for henne eller han. Det er denne helheten som representerer «brukerperspektivet», og som får et langt sterkere gjennomslag ved hjelp av ordningen med individuell plan enn ved de mer oppsplittede fag- og etatsperspektivene.

5.3 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 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.

5.4 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. Koordinatorrollen gir særlig mulighet til å utvikle egne ferdigheter i prosessledelse og veiledning.

Det gir også en gevinst å bli 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 én 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 organisering av velferdssystemet og dermed forme mer treffsikre tilbud.

6. Planprosessen trinn for trinn

I denne veilederen beskrives en mulig struktur for planprosessen. Grunnstrukturen er åpen for individuell variasjon og den må leses som et forslag. Fokus for planprosessen er det enkelte individ, det vil si at prosessen har et individuelt perspektiv. Mennesker med behov for tiltak og tjenester 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 (koordinator) 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 derfor være ønskelig å ha en rådgiver eller likemann med i planprosessen. Koordinator og tjenestemottaker bør ta seg god tid i oppstarten av en planprosess til å avklare forventninger og gjøre avtaler for hvordan de vil arbeide sammen.

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

Planprosessene 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 gjøres 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. Se punktene 6.5 og 6.6.

6.3 Om samarbeid i en individuell prosess

Koordinatoren må i samarbeid med tjenestemottakeren finne fram til de samarbeidsformer som virker mest hensiktsmessig, og som sikrer tjenestemottakeren og hans eller hennes pårørende best mulige forutsetninger for deltakelse og innflytelse.

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. Uansett må samarbeidsmøter i individuelle prosesser ha et klart formål.

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. 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 i livet».

Tradisjonelt har det vært 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. Å arbeide mot egne ønsker og mål utløser motivasjon. 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.

En viktig del av målsettingen for mange er å kunne utøve sitt tro- og livssyn. Vi viser her til Rundskriv-6/2009 Rett til å utøve tro og livssyn.

6.5 Kartlegging av egne ressurser

Egne 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 uutnyttet, som for eksempel kultur- og opplæringsetater.

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 annen sysselsetting. Mange mottar allerede mange tjenester, noe som vil komme fram i kartleggingen. Kartleggingen må ta utgangspunkt i brukerens mål.

Eksempel 2 Nyttige stikkord ved kartlegging av behov for tjenester som tar utgangspunkt i brukerens mål

- Sosialt nettverk / personlige relasjoner, tro- og livssyn
- 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 imidlertid vise seg at de som allerede har et tjenestetilbud mottar noen tjenester eller tiltak som faktisk er overflødige. Å avvikle tjenester eller bistand som ikke lenger er nødvendig, kan bidra til å skape bedre orden og føre 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 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. Forslagene må deretter skriftliggjøres i et plandokument.

Det kan være hensiktsmessig å knytte den første skriftliggjøringen av plandokumentet til et felles møte, 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 ivarettatt. 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 9.2).

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

Plandokumentets omfang og utforming må 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 og koordinering av dem i en bestemt tidsperiode. 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. Dersom det benyttes maler for

plandokumentet bør malen være fleksibel og åpne for individuell tilpassing. Det er også viktig at forskriftens bestemmelser om medbestemmelse og samtykke §§ 4 og 5 følges. 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), Tipsheftet "Gjør det så enkelt som mulig" og heftet "Jeg har en plan"

Vedlegg 3 og vedlegg 4 er eksempler på individuelle planer

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 tjenesteyternes mål. Det er lettere for tjenestemottakeren å motivere seg til og jobbe mot et mål som han eller hun føler er sitt eget.

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 3 Informasjon som ikke alle trenger å vite

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 støttekontaktrolle.

7.3 Hvem deltar i planprosessen og hvem gjør hva?

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 lage plandokumentet.

Dersom personen det planlegges for et 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 Ansvar for arbeidet med planen

Det må framgå av plandokumentet hvem som er koordinator (jf § 2a). Koordinatorens rolle og oppgaver må avklares og tydeliggjøres.

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 2.)

Eksempel 4 Samtykkeerklæring

SAMTYKKE TIL UTARBEIDELSE AV INDIVIDUELL PLAN

Jeg ønsker at det utarbeides en individuell plan for meg. Jeg har forstått hva individuell plan er, og hva det innebærer for meg. 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. hjelpeverges 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 ansvarsfølelse 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 og godt koordinert 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 koordinerte 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 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 fremtiden.

Eksempel 5 Krav som bør kunne stilles til et tiltak/tjeneste

Krav en bør kunne stille til et tiltak:

- tiltaket må dekke det behov det 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 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 helhetlig. 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

8.1.1 Rapporter fra tilsynsmyndighetene

Gjennom jevnlige 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 Akershus Universitetssykehus

Rehabiliteringsnettverket Ahus er et kontaktnettverk for samarbeid, informasjon og kompetanseheving for rehabiliteringsaktører på ulike nivåer innen Akershus universitetssykehus HF (Ahus) sitt opptaksområde. Gjennom nettverksmøtene med Ahus er det lagt stor vekt på å bygge felles kunnskap og forståelse om individuell plan på tvers av forvaltningsnivåene.

8.1.3 Fylkesnettverk

De koordinerende enhetene i Østfold har et nettverk der representanter fra kommunene og sykehuset Østfold møtes regelmessig. De koordinerende enhetene i fylket har systemansvaret for individuell plan og driver kurs og opplæring av tjenesteytere og koordinatorene. Gjennom nettverkets regelmessige møter får man ikke bare nye innspill og nyttig informasjon, men de koordinerende enhetene kan også samlet rette henvendelser for eksempel til fylkesmannen, Helsetilsynet og Helsedirektoratet.

8.1.4 Nettstedet kommunetorget.no

Tjenesten er en praksisrettet veiledningstjeneste for planarbeid knyttet til rusforebyggende og behandlingsrelatert rusarbeid i kommunene. Nettstedet er initiert av Helsedirektoratet og er utviklet og drives av Kompetansesenter rus, Nord Norge. Tjenesten tilbyr ulike verktøy til hjelp i arbeidet med individuell plan, blant annet tipshefter, artikler og praksiseksempler.

Kompetansesenteret har også utgitt heftet "Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige" som er en oppsummering og drøfting av de erfaringer man har gjort seg så langt i kommunenes og spesialisthelsetjenestens arbeid med individuell plan i Nordland, Troms og Finnmark.

Les mer på www.kommunetorget.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 som gir tilbud til barn og unge under 18 år

Barne- og familiedepartementet, Helsedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Sosialdepartementet var i samarbeid avsendere av Rundskriv I-3/2004: *Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan.*

I rundskrivet oppfordrer departementene tjenestene i kommunen (helsetjenesten, herunder skolehelsetjenesten, sosialtjenesten, fastlegen, P-tjenesten, skolen/barnehagen, barneverntjenesten etc.), spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle tjenesteytere til å utarbeide og synliggjøre rutinene for koordinering av tjenester, slik at brukerne vil oppleve å møte et mer helhetlig og koordinert hjelpeapparat. I den sammenheng bør det også tydeliggjøres hvordan brukarmedvirkningen ivaretas.

Rundskriv I-5/2008: *Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning* ble sendt ut i fellesskap mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Dette rundskrivet har et eget kapittel om bruk av individuell plan. Rundskrivet viser til at kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetakene har plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere eller instanser (forskriftens § 6), og det presiseres at dersom tjenestemottakeren har behov for tjenester fra andre etater, for eksempel skole, trygdeetaten, pedagogisk-psykologisk tjeneste eller andre, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetakene samarbeide med disse.

Rundskrivene er i praksis forløpere for utvidet lovhjemlig av individuell plan for barn og unge under 18 år (fra 1.01.2010 har barnevernloven fått en ny bestemmelse om individuell plan, se punkt 1.1). Se også ovenfor i punkt 1.2.4.

9.2 NAV hjelpemiddelsentral – hjelpemidler som en del av individuell plan

For tjenestemottakere med behov for hjelpemidler kan individuell plan i visse tilfelle erstatte søknad om hjelpemidler. (www.nav.no)

9.3 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

helselovgivningen. 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

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 rusfeltet og psykisk helse feltet, fordi det nylig har foregått et omfattende reformarbeid på disse områdene.

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 med departementenes merknader på www.lovdata.no)

10.2 Forskrift om kvalitet i 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 ga i 2004 ut veilederen Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene der det er vist flere eksempler knyttet til individuell plan. (Bestillingsnr. IS – 1201, finnes også på www.helsedir.no)

I 2008 ga Helsedirektoratet også ut Håndbok om helse- og sosialtjenestene i kommunene (IS-1579)

10.3 Rusfeltet

Både kommunene og de regionale helseforetakene har et ansvar når det gjelder å initiere og følge opp individuelle planer for mennesker med rusrelaterte problemer. Helseforetakene overtok per 1. januar 2004 ansvaret for de behandlingstiltakene som til da hadde vært fylkeskommunenes ansvar og regulert etter sosialtjenesteloven (Rusreformen). Etter rusreformen reguleres tjenestene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) av spesialisthelsetjenesteloven. Kommunen har fremdeles et koordineringsansvar og ansvaret for tiltak på kommunalt nivå, noe som innebærer

oppfølging både før, under og etter behandling. Etter 1. januar 2004 ble individuell plan for mennesker med rusrelaterte problemer med behov for langvarige og koordinerte tjenester hjemlet i sosialtjenesteloven (§ 4-3a). Allerede i 2001 ble retten til individuell plan nedfelt i pasientrettighetsloven.

Den overordnede målsetningen med rusreformen, var at mennesker med rusrelaterte problemer skulle få et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud, og at samhandlingen mellom tjenestene og tjenestenivåene skulle bedres. Arbeidet med individuell plan skulle være et viktig redskap for å oppnå dette.

Høsten 2007 ble opptrappingsplanen for rusfeltet lansert. Gjennom opptrappingsplanen skal tjenestene og kvaliteten på tjenestene til mennesker med rusrelaterte problemer styrkes. Samtidig skal brukerne og pårørende gis økt innflytelse. Forpliktende samhandling og økt bruk av individuell plan står sentralt i opptrappingsplanen.

Det er ansatt rusrådgivere ved fylkesmannsembetene som blant annet skal bistå kommunene i å styrke bruken av individuell plan. Fylkesmannen og de sju regionale kompetansesentrene for rus har et særskilt ansvar for å bidra til at flere med behov for langvarige og sammensatte tjenester får individuell plan. Det satses på både økt kompetanse, metodeutvikling, formidling av gode eksempler samt en generell styrking av oppfølgingstjenestene via statlige tilskuddsmidler i opptrappingsplanperioden. (se også pkt. 1.2.4).

I forskriften om legemiddelassistert rehabilitering (LAR), som trådte i kraft 1.01.2010, er den tidligere obligatoriske tiltaksplanen erstattet med individuell plan. Det vil mest sannsynlig ikke bli stilt et absolutt krav om at en individuell plan må foreligge før behandlingen kan iverksettes. Man vil imidlertid sterkt oppfordre til at individuell plan tas i bruk som et verktøy for koordinering og samhandling av tjenestene på linje med annen type behandling for mennesker med rusrelaterte problemer.

I de nasjonale retningslinjene for rehabilitering av opioidavhengige (IS-1701) fra 1.1.2010 og i de kommende nasjonale retningslinjene for "kartlegging, behandling og oppfølging av pasienter med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser" vil det gis klare anbefalinger om bruk av individuell plan som verktøy.

Aktuelle referanser:

Rapport IRIS 2006/1227 "Evaluering av rusreformen"

"Opptappingsplanen for rusfeltet" 01/2008 I-1120 B

"Opptappingsplanen for rusfeltet, Statusrapport 2008" Januar 2009 IS-1660

Tipsheftet "Gjør det så enkelt som mulig" 04/2008 IS-1544

Rapport "Jeg har en plan" 03/2009 IS-1672

"Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige" 2/2008
Nordnorsk Kompetansesenter – Rus

Rundskriv G-8/2006 "Samarbeid mellom kommunetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige"

"Fra bekymring til handling" Veileder om tidlig intervensjon på rusfeltet 08/2009 IS-1742

10.4 Psykisk helsearbeid i kommunene og i spesialisthelsetjenesten

Psykisk helsearbeid i kommunene og i det psykiske helsevernet (spesialisthelsetjenesten) har blitt styrket og omstrukturert gjennom den statlige opptappingsplanen. Dette har styrket tilbudet til den enkelte. Individuell plan har vært, og er fortsatt, viktig i denne sammenheng. Uansett om arbeidet med individuell plan starter i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig at det psykiske helsevernet og det psykiske helsearbeidet i kommunene samarbeider fra starten. For 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 tjenesteyter i kommunen som er koordinator etter at personen skrives ut fra spesialisthelsetjenesten (se også punkt 8.1.5)

Aktuelle referanser:

Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, Sosial- og helsedirektoratet 2005 (IS-1332)

Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, Helsedirektoratet 2007 (IS-1405)

10.5 Habilitering av barn og unge

Helsedirektoratet ga i 2009 ut Handlingsplan for habilitering av barn og unge. Handlingsplanen avdekker en rekke utfordringer for helse- og omsorgstjenesten i kommunen og for spesialisthelsetjenesten, og inneholder 24 ulike tiltak som skal bidra til å forbedre tjenestetilbudet til barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Samarbeid og samhandling på tvers av etater og nivåer er ett forbedringsområde, og det er lyst ut tilskuddsmidler til prosjekter som har som mål å utvikle gode samhandlingsmodeller både interkommunalt og mellom barneenhetene i

spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har satt i gang arbeidet med å utarbeide veiledere for habilitering av barn, unge og unge voksne som bl.a. skal tydeliggjøre ansvars- og samarbeidsforhold. Overgangene vil få et særlig fokus.

Individuell plan registreres i Norsk pasientregister som mål på god kvalitet (kvalitetsindikator) innen barnehabiliteringstjenesten og psykiskhelsevern (barn og unge med ADHD og schizofreni)

Aktuelle referanser:

Handlingsplan for habilitering av barn og unge, Helsedirektoratet 2009 (IS-1692)

Strategiplan for habilitering av barn, Helsedepartementet 2004 (IS – 1098)

Om kvalitetsindikatorer i barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten, se www.helsedirektoratet.no (under tema kvalitetsforbedring)

10.6 Opplæringsloven og individuell opplæringsplan

Opplæringsloven § 5-5 første ledd pålegger skolen å utarbeide en individuell opplæringsplan for en elev som får spesialundervisning. Dette er en bestemmelse som det er viktig å være oppmerksom på, fordi det i praksis ofte skjer en sammenblanding mellom begrepene "individuell opplæringsplan" og "individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven".

Spesialundervisning er en rettighet for elever som ikke har, eller ikke kan få, tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet. Vedtak om spesialundervisning fattes av kommunen eller fylkeskommunen. Den lovpålagte individuelle opplæringsplanen skal vise mål for opplæringen, innholdet i opplæringen og hvordan en skal drives. Også avvikende kontraktsvilkår for lærlinger kan fastsettes i den individuelle opplæringsplanen. En individuell opplæringsplan bør sees i sammenheng med den overordnede individuelle planen.

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 kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a.

§ 2 Formål

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er:

- å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,
- 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,
- 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:

- en oversikt over tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester,
- en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- en oversikt over hva tjenestemottakeren, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

§ 8 Gjennomføringen av den individuelle planen

Den alminnelige ansvars- og funksjonsdelingen 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 på samtykkeerklæring

SAMTYKKE TIL UTVEKSLING AV OPPLYSNINGER

De som deltar i arbeidet med min individuelle plan kan utveksle opplysninger om meg og min sak i samsvar med punktene nedenfor:

- Jeg skal få informasjon om hvilke opplysninger som ønskes
- Jeg kan nekte utveksling av opplysninger om nærmere bestemte forhold, eller fra nærmere bestemte fagmiljø
- Jeg kan nekte at enkeltpersoner får bestemte opplysninger
- Jeg skal få vite hvordan opplysningene skal brukes
- Det skal aldri utveksles flere opplysninger enn nødvendig for det faglige samarbeidet
- Jeg kan når som helst trekke samtykket tilbake.
- Jeg er kjent med de konsekvenser begrensninger på informasjon kan ha for arbeidet med min individuelle plan og for tjenestetilbudet til meg.

Lovbestemmelser om taushetsplikt

Forvaltningsloven § 13 til 13e Pasientrettighetsloven § 3-6 Helsepersonelloven kapittel 5 § 21 – 25

Lov om sosiale tjenester § 8 – 8 Opplæringsloven § 5.4 og § 15.4 Folketrygdloven § 21-9, § 25-10 og § 25-11.

Samtykket gjelder fra _____ til _____. I planen skal det ikke skrives noe jeg ikke har godkjent på forhånd.

Andre merknader:

Vedlegg 3 Eksempel på en mal for individuell plan

Dette eksemplet er hentet fra Oppegård kommunes hjemmeside

Det vises også til heftet "Gjør det så enkelt som mulig "

Tipshefte om Individuell plan – IS 1544 Helsedirektoratet 2008

Der det finnes mange eksempler på individuelle planprosesser

INDIVIDUELL PLAN

Navn:		Født:	Adresse:
Dato/Rev.dato:	Koordinator:	Planperiode:	
OVERORDNET MÅLSETTING:			

MÅL	STATUS	TILTAK OG HYPPIGHET	DATO Oppstart	ANSVARLIG <i>Instans/person</i>	DATO Evaluering

Individuell plan forfødt:.....

Skrevet den/200

er godkjent av:

Vedlegg 4

Eksempel på en mal for individuell plan i helseforetak



HELSE SØR-ØST

Individuell plan

NAVN

Utarbeidet av:

i samarbeid med:

 kommune



Planen tilhører:

Navn..... Født.....

Adresse.....

..... Telefon.....

Planen gjelder fra (dato) til Evalueres (dato)

**Situasjonsbeskrivelse og informasjon om planens oppfølging.
Kort om mål, ressurser og tjenestebehov:****Ansvarlig for samordning og fremdrift**

	Midlertidig koordinator spesialisthelsetjenesten	Koordinator i kommunen
Navn		
Arbeidssted		
Adresse		
Tlf/mobil		
E-post		

Overordnet målsetning:

.....

Delmål	Tiltak	Dato for oppstart	Ansvarlig person og instans	Dato for evaluering	Kommentar

Underskrift bruker/tjenestemottaker:

.....

Underskrift ansvarlig koordinator:

.....

Eksisterende vedtak, planer og avtaler med ansvarspersoner

Vedtak, planer og avtaler	Ansvarlig person og instans	Gjelder for perioden	Dato for evaluering	Kommentarer

Underskrift bruker/tjenestemottaker:

Underskrift ansvarlig koordinator:

.....

Veiledere fra 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.

Helsedirektoratet
Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedir.no