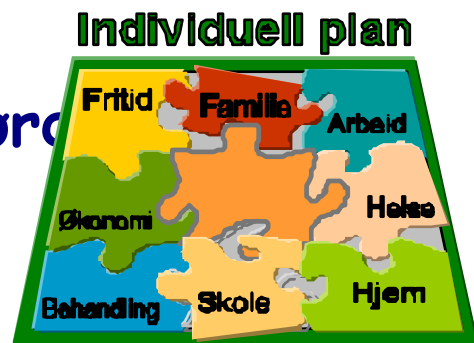


Bedriftsnavn: Helse Førde

RETTLEIAR TIL INDIVIDUELL PLAN

Sogn og Fjordane - modellen



Mal for individuell plan og rettleiar er utarbeidd på bakgrunn av samarbeid mellom kommunane i Sogn og Fjordane, Helse Førde HF og Fylkeslegen i Sogn og Fjordane. (Revidert 2015)

For utfyllande informasjon når det gjeld utarbeiding av individuelle planar viser vi til [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#), og [Veileder til forskrift om individuell plan 2010, IS-1253](#).

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

Formålet med utarbeiding av Individuell plan er å:

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

Den individuelle planen skal koordinere, men samtidig byggje på dei ulike områda sine vedtak og behandlingsplanar. Døme på slike dokument er: Enkeltvedtak om tenester, Individuell opplæringsplan, ulike tiltaksplanar, behandlingsplan og samarbeidsavtalar. Dersom slike detaljerte planar føreligg vert dei vist til i den Individuelle planen (i rubrikk for: "Utdjupande dokument og vedtak").

[Lov om pasient- og brukerrettigheter - § 2-5. Rett til individuell plan](#) gir pasientar med behov for langvarige og koordinerte helsetenester rett til å få utarbeidd ein plan.

Pasient/brukar som har rett til individuell plan, bør så langt som mogleg delta i arbeidet med sin Individuelle plan og det skal leggast til rette for dette. Planen skal bare utarbeidast med pasient/brukar sitt samtykke.

Den tilsvarande plikta til å utarbeide ein individuell plan er gitt i sosialtenestelova og ulike helselover. ([Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Kap. 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet](#), [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Individuell plan](#), [Psykisk helsevernloven § 4-1. Individuell plan](#), [Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen - § 28. Rett til individuell plan](#)) Nærare om innhaldet i planen er gjort greie for i forskrift om Individuelle planer.

Når retten til individuell plan er slått fast, har den del av helsetenesta pasienten vender seg til, plikt til å setje i gang arbeidet. Både spesialisthelsetenesta og kommunane har dette ansvaret, jfr. [Utskriving av pasientar til kommunehelsetenesta](#)

Den Individuelle planen bør innehalde mål og ta utgangspunkt i ei heilskapleg forståing av livssituasjonen til brukaren.

Kvar i planen?	Kva skal skrivast?	Kven har hovudansvar?
Framsida		
Individuell plan for	For og etternamn til brukaren	Brukar og koordinator
Planen gjeld frå: Evaluering:	Oppstartsdato Evalueringsdato bør vere i forkant av	Koordinator i nært

Kvar i planen?	Kva skal skrivast?	Kven har hovudansvar?
	ansvarsgruppemøte eller andre milepælar. Framsida kan innehalde fleire evalueringsdatoar.	samarbeid med brukar og evt. ansvarsgruppe
Side 2		
Samtykke og teieplikt	Når brukaren skriv under her, samtykkjer brukaren til 2 moment: 1. Samtykke til at det blir utarbeida ein individuell plan 2. Samtykke til at aktuelle samarbeidspartnarar og ressurspersonar kan innhente og dele informasjon som er underlagt teieplikt Brukar kan reservere seg frå heile eller deler av punktet. For å få til det samarbeidet som er naudsynt for å få utarbeida ein individuell plan er det ofte behov for å utveksle opplysningar om brukar mellom dei ulike aktørane. Det er då naudsynt å utveksle slike opplysningar (Om samtykke og teieplikt, sjå Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator , § 17, og Lov om helsepersonell m.v. Kap. 5. Taushetsplikt og opplysningsrett). Koordinator har eit særskild ansvar å sikre at brukar/pasient forstår omfanget av dette.	Brukar og koordinator
Side 3		
	Ansvarsgruppe	
Ansvarsgruppe	Skriv opp namn, arbeidsstad/etat og kva funksjon vedkommande har, samt adresse, telefon og e-post.	Koordinator
Pårørande	Næraste pårørande er den personen brukar sjølv oppnemner. Dette kan vere slekt, ven, nabo. Det treng difor ikkje vere næraste pårørande i juridisk forstand. (jfr " Veileder til forskrift om individuell plan 2010, IS-1253)	Brukar og koordinator
Hjelpeverge/ Verge	Når brukar/pasient er mindreåring eller av andre årsaker har hjelpeverge skal den førast opp her.	Koordinator
Koordinator	Det skal være <u>ein</u> person som har oppgåve å vere koordinator for planarbeidet. I tillegg til å ha koordineringsansvar skal denne personen vere brukaren sin kontaktperson i f.h.t. arbeidet med og gjennomføring av planen. Det er mest formålstenleg at koordinator er tilsett i det kommunale tenesteapparatet.	Fagleg ansvarleg i kommunen evt. institusjonsleiar
	Andre i ansvarsgruppa	

Kvar i planen?	Kva skal skrivast?	Kven har hovudansvar?
Andre i ansvarsgruppa	Deltakarar som har fagleg og/eller økonomisk ansvar knytt til tenestene.	
	Andre sentrale tenester/personar i samhandlingsarbeidet	
Andre sentrale tenester/personar i samhandlingsarbeidet	Aktuelle instansar og personar som er viktige for brukar/pasient, men som ikkje er med i ansvarsgruppa. Dette kan vere andre pårørande, primærkontaktar, ressursjukepleiar, støttekontakt NAV, skule.	Brukar og koordinator
Side 4		
Mine interesser	Aktuelle stikkord kan vere: <ul style="list-style-type: none"> - Arbeid - Utdanning - Fritid, reiser - Familie - Bustad 	Brukar, pårørande og koordinator
Mine mål og ønskje	<ul style="list-style-type: none"> - Tilbake til arbeid evt. nytt arbeid - Utdanning og opplæring - Bruk av fritid, reiser - Samhandling med familie - Bustad 	Brukar, pårørande og koordinator
Ressursar	Aktuelle stikkord kan vere: <ul style="list-style-type: none"> - Familie og bustadtilhøve - Arbeid og økonomiske tilhøve - Sosialt nettverk 	Brukar, pårørande og koordinator
Mine behov for tenester/bistand	Aktuelle stikkord kan vere: <ul style="list-style-type: none"> - Pleie og omsorg - Tilrettelegging av miljø - Behov for opplæring 	Brukar, pårørande og koordinator
Mine pårørande (også barn) sine ønskje og behov	Aktuelle stikkord kan vere: <ul style="list-style-type: none"> - Informasjon - Familiesamtale - Pårørandegruppe/arbeid - Hjelp til å informere andre, m.a. barnehage og skule - Avlastning og andre støtteordningar - aktuelle instansar kan vere barnevernstenesta, heimetenester, NAV. 	Brukar, pårørande og koordinator
Diagnose	Aktuelle diagnosar som gjeld gjennomføring av planen. Diagnosar som ikkje har med planarbeidet å gjere, <u>skal</u> ikkje vere med i planen. Sjukehistorie	Brukar, koordinator og fastlege

Kvar i planen?	Kva skal skrivast?	Kven har hovudansvar?
	kan evt. leggst som vedlegg til planen.	
Funksjonsvurdering	Korleis fungerer brukar/pasienten i kvardagen. IPLOS registrering er eit viktig hjelpemiddel i dette arbeidet. Aktuelle stikkord er: <ul style="list-style-type: none"> - Nedsett hørsel - Nedsett syn - Rørslehemming - Psykiske vanskar som avgrensar kvardagen NB! Det er viktig at det som blir nemnd her blir satt inn som område å jobbe med i målsetting og tiltaksarbeidet.	Brukar, koordinator og fastlege
Side 5		
Hovudmål (Det kan utformast fleire hovudmål)	I samarbeid med brukar og tenesteytarar skal det formulerast hovudmål som seier kva brukar/pasient ønskjer å oppnå.	Brukar og koordinator
Delmål OBS! Måla må ikkje formulerast som tiltak, då vil det bli vanskeleg å evaluere om måla er nådd eller ikkje.	Delmål skal vise kva som må jobbast med for at brukar skal nå hovudmålet. Her må ein vurdere livsområda heim, arbeid, skule, helse, fritid, økonomi og behandling. Det er viktig at delmåla er konkrete og målbare. For oversikta si skuld bør delmåla nummererast.	Brukar og koordinator
Tiltak	Lag ein kort omtale av tiltaket som er aktuelt for å nå målet.	Brukar og koordinator
Ansvar for tiltak (og evt. saman med)	Her skriv ein kven som skal tilby den aktuelle tenesta/behandlinga.	Brukar og koordinator
Evaluering	Set inn tidspunkt for evaluering av tiltaket.	Brukar og koordinator
Utdjupande dokument og vedtak (Her kan det vere ulike dokument alt etter kva hovudmål ein set opp)	Her viser ein til aktuelle grunnlagsdokument: <ul style="list-style-type: none"> - Enkeltvedtak etter ulike lovverk - Behandlingsplanar - Kriseplan - Samarbeidsplanar - Opplæringsplan - Evalueringsrapportar 	Deltakarane i ansvarsgruppa bidreg på sine område
Brukar	Brukar sin signatur.	Brukar og koordinator
Koordinator	Koordinator sin signatur.	Brukar og koordinator
Evaluerings-skjema	Felles evalueringsskjema: Her kan ein velje å setje inn fleire delmål etter kvarandre og evaluere i høve	Brukar og koordinator

Kvar i planen?	Kva skal skrivast?	Kven har hovudansvar?
	til dei aktuelle tiltaksperiodar (nedover sida).	

Vi brukarar vil minne dykk fagpersonar om at det viktigaste er:

- å ta meg på alvor
- å respektere meg som menneske
- å lytte til meg
- å nytte eit kvardagsspråk som eg forstår
- at samtalane og det som skjer er det viktigaste, ikkje sjølve dokumentet
- at det er *mi* plan

Lenkjer til dokument som er viste til i teksten:

1. [Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen - § 28. Rett til individuell plan](#)
2. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Kap. 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet](#)
3. [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Individuell plan](#)
4. [Lov om pasient- og brukerrettigheter - § 2-5. Rett til individuell plan](#)
5. [Psykisk helsevernloven § 4-1. Individuell plan](#)
6. [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)
7. [Lov om helsepersonell m.v. Kap. 5. Taushetsplikt og opplysningsrett](#)
8. [Veileder til forskrift om individuell plan 2010, IS-1253](#)
9. Delavtale utskrivning av pasientar: [Samhandlingsbarometeret](#)