

# INDIVIDUELL PLAN

## TIL BRUK I

### MÅSØY KOMMUNE

En beskrivelse av modell for utarbeidelse av  
**Individuell Plan**  
for mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester  
fra det offentlige hjelpeapparat.

Måsøy kommune  
Havøysund 2006

Revidert april 2009

## **Innhold:**

### **DEL I:**

<b>1. Innledning.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Målgruppe .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Overordnede målsettinger for Individuell plan. ....</b>	<b>4</b>
<b>4. Organisering av Individuelt planarbeid.....</b>	<b>4</b>
4.1 KOORDINERENDE ENHET .....	6
4.2 KOORDINATOR .....	6
4.3 ANSVARSGRUPPE.....	7
4.4 SKJEMATISK FREMSTILLING AV KOORDINERING AV TJENESTER .....	7
4.5 OPPFØLGING/EVALUERING .....	9
<b>5. Mal for Individuell plan .....</b>	<b>9</b>
5.1 FORUTSETNINGER FOR ET VELLYKKET PLANARBEID.....	9
5.2 INNHOLD I PLANEN .....	10

### **DEL II**

<b>Individuell plan med innhold.....</b>	<b>11</b>
Søknad om individuell plan.....	12
Administrative vedtak .....	13
Involverte samarbeidsparter og tilhørende planer.....	14
Nettverk .....	15
Behovsområder .....	16
Økonomi .....	17
Evaluering .....	18

## **1. Innledning**

I Måsøy kommune har det vært ønskelig å jobbe mer tverrfaglig og samordne tiltak rundt personer som har behov for tjenester fra ulike etater. Gjennom Lov om pasientrettigheter § 2 –5 og forskrift om Individuelle planer sikres den enkelte bruker retten til å få utarbeidet Individuell Plan som skal sikre at bruker blir ivaretatt innenfor ulike tjeneste områder. Det foreligger også en plikt på de personer som er involvert i arbeider med mennesker som har behov for langvarige og koordinerte tjenester til å utarbeide Individuell Plan. Dette er hjemlet i Lov om helsetjenester i kommunen §6-2a, Lov om spesialisthelsetjenesten §2-21, Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern og Lov om sosiale tjenester.

Her i kommunen har det vært nedsatt en arbeidsgruppe bestående av; sosial- og barnevernsleder, leder for PPT, leder for hjemmetjenesten og leder for fysioterapitjenesten. Disse har stått for utarbeidelse av mal for Individuell plan, samt hvordan prosessen i et slikt planarbeid bør være. Det finnes ulike maler for individuelt planarbeid. Der er valgfritt om mal for Måsøy kommune skal brukes eller mal fra Sosial - og helsedepartementet.

## **2. Målgruppe**

Alle barn, unge og voksne med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har fra 1.juli 2001 rett til å få utarbeidet en Individuell plan. Planen skal sikre at den enkelte persons behov for tjenester skal styre utformingen og sammensetningen av dem.

En Individuell plan vil gripe over alle tjenesteområder og forvaltningsnivå og bør omfatte alle tjenester som for eksempel barnehage, skole, trygd, arbeid, og andre ytelser en person med langvarige og sammensatte behov trenger for å kunne leve et aktivt og selvstendig liv. Dette innebærer at planen kan brukes i forhold til mennesker med ulik problematikk, så som barn med behov for tilrettelegging innefor ulike områder, fysisk funksjonshemmede, rusbelastet ungdom, barnevernsaker, mennesker innenfor psykisk helsevern og andre som har behov for koordinering av tjenester.

### **3. Overordnede målsettinger for Individuell plan.**

- Individuell plan skal utarbeides for mennesker i Måsøy kommune med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparatet. Målet med planen er at personen skal kunne få den hjelp som er nødvendig for å kunne leve så selvstendig som mulig i samfunnet.
- Individuell plan skal være et verktøy for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid der man tar utgangspunkt i det enkelte menneskets behov og rettigheter. Planen skal sikre at den enkeltes behov for tjenester skal styre utformingen og iverksettingen.
- Individuell plan skal være forpliktende for fagpersoner og for involverte etater, jf. Pasientrettighetsloven §2-5
- Andre delplaner må koordineres med og være i overensstemmelse med Individuell plan.
- Planen skal gjøres kjent i Måsøy kommune. Både i forhold til hjelpeapparatet, skole, barnehage, Trygdeetaten, Aetat og andre.

### **4. Organisering av Individuelt planarbeid**

For å gjøre beslutninger om en person har rett til å få utarbeidet Individuell plan (IP) er det nødvendig å ha en tjeneste som samordner og gjennomgår det tjenestetilbudet personen har behov for.

#### **Vi har følgende rutiner for dette:**

- 1) Den som mottar første henvendelse har ansvar for at søker fyller ut søknadsskjema med samtykke erklæring og kontakte leder i koordinerende enhet (se pkt. 4.1).
- 2) Leder innkaller til møte i koordinerende enhet, der det fattes skriftlig vedtak. I vedtaket fremkommer også retten til klageadgang.
- 3) Den som blir oppnevnt som kontaktperson har ansvar for å etablere kontakt med bruker, samt innkalle til det første ansvarsgruppemøte der koordinator skal oppnevnes.

- 4) Vedtaket oppbevares hos leder for koordinerende enhet.
- 5) I samtykke erklæringen fremkommer det hvor den Individuell Planen skal oppbevares. Ansvarsgruppen bestemmer hvilken mal som skal brukes.
- 6) All kartlegging, målbeskrivelser og tiltak skal utarbeides i nært samarbeid med bruker. Dette sikres gjennom faste samarbeidsmøter mellom bruker og hjelpeapparatet/ andre hvor avtaler skriftliggjøres.

## **4.1 Koordinerende enhet**

I Måsøy kommune er det Koordinerende enhet som er kontaktinstans for utarbeiding av Individuell plan. Koordinerende enhet består av leder for sosial- og barnevernstjenesten, leder for PP –tjenesten, leder for fysioterapitjenesten, psykiatrisk sykepleier og leder for hjemmetjenesten. Gruppen velger selv gruppeleder. Koordinerende enhet er tverrfaglig sammensatt for å kunne ha en bred oversikt over kommunens tilbud av tjenester, og på denne måten fange opp de behov en bruker vil ha for samordning av tjenester. Denne enheten gjennomgår de ulike hjelpetiltak som bruker har behov for, og gjør en vurdering av personens behov for samordning av tjenester. Dersom personen har krav på Individuell plan skal det oppnevnes en *koordinator/ansvarsgruppe* som har ansvar for å lede planarbeidet. Koordinerende enhet skal følge opp koordinator og sikre at tjenestetilbudet samordnes på tvers av fag og administrative skillelinjer og at det er stor grad av brukermedvirkning.

## **4.2 Koordinator**

Koordinator har ansvar for at det blir utarbeidet en Individuell plan for brukeren og er derfor sentral i hele planprosessen. Koordinator skal sørge for at nødvendige kartlegginger blir gjort, både i forhold til personlige ressurser og de fysiske, organisatoriske og sosiale forhold i personens omgivelser som fremmer aktivitet og deltagelse, eller hindrer personen i å realisere bestemte ønsker eller mål.

Koordinator skal sikre god fremdrift i prosessen, men koordinator skal ikke hindre bruker i å ha en aktiv rolle i dette arbeidet dersom det er mulig eller ønskelig fra brukers side. Bruker kan selv velge koordinator, men erfaring har vist seg at det mest hensiktsmessig at en fra det kommunale hjelpeapparatet utnevnes til koordinator på grunn av kjennskap til systemet.

Planen skal utarbeides i nær dialog med bruker. Koordinator skal i samråd med bruker ta kontakt med de ulike tjenester for å avklare behov for tjenester. Samtaler med bruker og de ulike etater vil danne grunnlaget for utforming av Individuell plan.

Det er viktig med samarbeid og dialog mellom koordinator / bruker og hjelpeapparatet for å finne frem til de beste løsninger for brukeren. Det bør avholdes et fellesmøte med alle tjenesteleverandører. Dette gir mulighet for å ta opp spørsmål som gjelder koordineringen av tjenestetilbudet, og sikre at alle har en felles forståelse av planens innhold. Når barn har behov for sammensatte tjenester må planen omfatte tjenester overfor familien.

Når alle parter har gitt sin tilslutning til planen er denne blitt en rettighet for personen jf. Lov om pasient rettigheter §2-5.

### **4.3 Ansvarsgruppe**

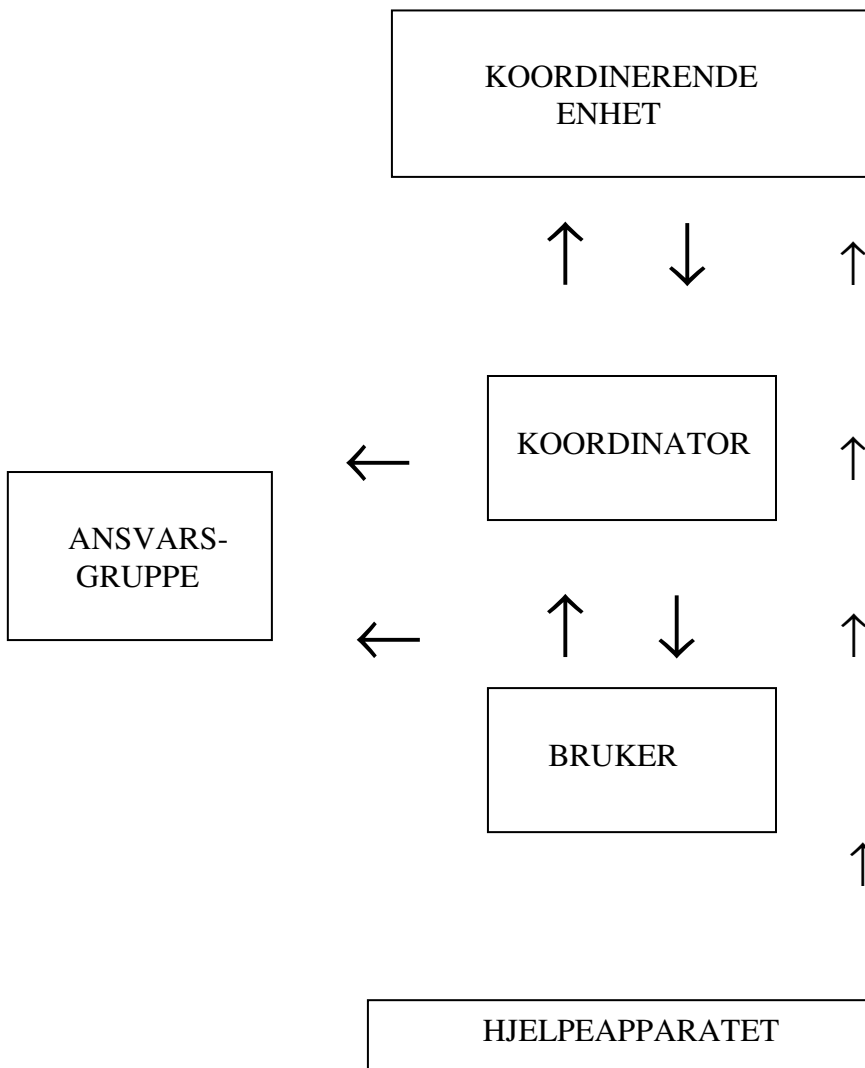
I noen tilfeller er det etablert ansvarsgruppe eller lignende der hvor mange av de berørte instanser og etater møtes jevnlig. Denne gruppen kan brukes for å koordinere utarbeiding av Individuell plan. Ansvarsgruppen opprettes for å ivareta en persons/ familiens behov for hjelp og støtte, og for at tiltak kan samordnes og koordineres i størst mulig grad. Ansvarsgruppen bør inkludere personer som er bemyndiget til å fatte vedtak og som kan fremme saker for videre administrativ og politisk behandling. Ansvarsgruppen skal være sammensatt av foresatte/ bruker selv, koordinator og ulike faginstanser alt etter brukers behov. Medlemmene i ansvarsgruppen har et formelt ansvar til personen/ familien, hjemlet i den lov som omhandler den enkeltes arbeidsområde. Alle medlemmer har taushetsplikt.

Leder for ansvarsgruppen er *koordinator* og har ansvar for å innkalle til møte, påse at det blir skrevet møtereferat hvor tema, vedtak og ansvarsfordeling fra møtet fremgår. Referat oppbevares i brukers/ elevens mappe og på det sted der gruppen har bestemt ( skolen, ppt, helsesøster, sosial e.a). Leder har også ansvar for å innkalle evt. tilknytningspersoner fra ulike fagområder til gruppens møter ved behov.

### **4.4 Skjematisk fremstilling av koordinering av tjenester**

Nedenfor presenteres et flytskjema med beskrivelse av hvordan flyten av informasjon og arbeidsoppgaver skal foregå. Koordinerende enhet vil ha en sentral oppgave i å gjøre seg kjent med behov, være kjent i hjelpeapparatet og sette i gang og følge opp tiltak ved behov.

**Figur 1: Koordinering av tjenester**



Figur 1 viser hvordan informasjonen mellom hjelpeapparatet som bruker har kontakt med skal bringe informasjonen videre til koordinerende enhet. Koordinerende enhet sørger for at det oppnevnes en koordinator. Dersom bruker har ansvarsgruppe brukes denne, det kan vurderes om det skal opprettes ansvarsgruppe eller om koordinator skal ta seg av samordning av tjenester.



## **4.5 Oppfølging/Evaluering**

En Individuell plan er et resultat av en prosess, men den er ikke et sluttprodukt som skal stå uforandret så lenge en person har behov for tjenester. Planen skal vise hvilke behov en person har for tjenester i en bestemt tidsperiode. Når planen settes ut i livet kan det vise seg at det er behov for endringer. En evaluering bør foretas etter relativt kort tid for å korrigere det som ikke fungerer. Evaluering skal skje i samarbeid mellom bruker og koordinator eller i ansvarsgruppe.

Det som da må fanges opp er:

- om tiltakene i planen gjennomføres
- om tiltakene gjennomføres etter hensikten
- om tiltakene er samordnet
- justere planen

Teorien om Individuell plan bør evalueres og justeres jevnlig for å fange opp forandringer i forhold til IP lokalt, men også fange opp dersom det skulle komme forandringer fra Sosial – og helsedepartementet. Teoridelen rulleres første gang høsten 2004 og deretter hvert år.

## **5. Mal for Individuell plan**

Arbeid med Individuell plan skal ha som mål å synliggjøre behov for langvarige og koordinerte tjenester. Denne malen kan brukes som et egent dokument uten teorien som er beskrevet foran. Arena for planarbeidet kan være brukers ansvarsgruppe.

### **5.1 Forutsetninger for et vellykket planarbeid**

- Alle som deltar i planarbeidet må føle seg verdsatt og respektert, utgangspunktet er at alle er likeverdige, men meningene kan være forskjellige.
- Planarbeidet må sikres fremdrift ved at koordinator er pådriver og kobler på nødvendige instanser.
- Planarbeidet må evalueres ved at fokus rettes mot arbeidsform og brukers tilbakemelding til koordinator/ansvarsgruppe.

## **5.2 Innhold i planen**

Innholdet i planen tar utgangspunkt i individets behov. I Måsøy kommune har vi kommet frem til at Individuell plan bør inneholde noe fast informasjon. Det er likevel individuelle behov og brukers ønske som er avgjørende for hvilken informasjon som skal legges inn i planen.

Planen presenteres som egen del og består av følgende:

- Søknad om individuell plan og samtykke erklæring
- Administrative vedtak
- Involverte samarbeidsparter(valgfritt)
- Nettverk (valgfritt)
- Skjema for beskrivelse av mål, tiltak og forpliktelser
- Evalueringpunkter.

De ulike skjema er beregnet for kopiering i det antall eksemplarer som er nødvendig for bruker.

**Lykke til med planarbeidet!**

Måsøy kommune  
**INDIVIDUELL PLAN FOR:**

<b>Navn:</b>	<b>Personnummer:</b>
<b>Adresse:</b>	
<b>Foresatte:</b>	
<b>Telefon:</b>	

Koordinator:	Tlf.
E-meil:	

Planen gjelder f.o.m.
-----------------------

Oppbevaring av planen: Hvem skal ha kopi:
--

Planen er ferdigstilet og involverte parter har et gjensidig forpliktende ansvar for at de ulike deler gjennomføres.

Dato/sted: \_\_\_\_\_

Brukers signatur: \_\_\_\_\_

Koordinators signatur: \_\_\_\_\_

## Søknad om Individuell Plan / samtykke erklæring

Navn: \_\_\_\_\_ Fødselsnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tlf. \_\_\_\_\_

På grunn av behov for langvarige og koordinerte tjenester søkes det om å få utarbeidet Individuell Plan.

I den forbindelse samtykker jeg til at nødvendig informasjon kan innhentes. Jeg gir følgende instanser fritak fra taushetsplikten for å utveksle nødvendig informasjon i planarbeidet:

.....  
.....  
.....

Jeg ønsker \_\_\_\_\_ som min koordinator.

Jeg ønsker å bytte koordinator til \_\_\_\_\_ .

Særskilte begrensninger i tillatelse til informasjon ?

Ja :

Nei:

.....

Min individuelle plan skal oppbevares:

.....

.....

Sted:

dato:

.....

.....

Underskrift:.....

søker

.....

foresatte

# ADMINISTRATIVE VEDTAK

## Individuell Plan

Navn: \_\_\_\_\_ Fødselsnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_ Vedtaksnummer: \_\_\_\_\_

Saksopplysninger: Søknad med samtykkeerklæring av dato: \_\_\_\_\_

### Vedtak:

Det vedtas/avslås at: \_\_\_\_\_ har / har ikke rett til å få utarbeidet IP.

\_\_\_\_\_ oppnevnes som koordinator og har ansvaret for at det blir utarbeidet en individuell plan.

### Begrunnelse:

Søker oppfyller / oppfyller ikke lovens vilkår om rett til Individuell Plan, dvs. behov for langvarige og koordinerte tjenester fra hjelpeapparatet. Planen skal være et verktøy for bruker og fagpersoner og er forpliktende for alle parter.

### Lovhjemmel:

Kommunehelsetjenesteloven §6-2a, Spesialisttjenesteloven §2–2, Lov om Psykisk helsevern §4-1, Lov om sosiale tjenester §4-3a , Pasientrettighetsloven § 2 –5 og forskrift om Individuelle planer.

### Klageadgang:

Pasientrettighetsloven Kap. 7. Rett klageinstans er: **Måsøy kommune, Koordinerende enhet v/leder, 9690 Havøysund**. Fristen for anmodning etter § 7-1 er fire uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning. Fristen avbrytes når anmodningen er fremmet. Fristen for å klage til fylkeslegen etter § 7-2 er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen.

### Innsynsrett:

Dersom de ønsker å gjøre dem kjent med de saksdokumenter som ligger til grunne for vår vurdering og avgjørelse, har de som hovedregel rett til innsyn i dokumentene i h.h.t. Forvaltningsloven § 18, jfr. § 19 (unntaksbestemmelsene). Hvis de ønsker innsyn kan de ta kontakt med saksbehandler

Havøysund, dato:

\_\_\_\_\_  
Leder for koordinerende enhet

Kopi: Ansvarlig kontaktperson

## Involverte samarbeidsparter og tilhørende planer

Samarbeidsparter	Planer	Ansvarlig kontaktperson	Telefon

## **Nettverk (valgfri utfylling)**

Familie:

Slekt:

Venner:

Aktiviteter på fritiden:

Skole:

Jobb:

Barnehage:

Hjelpeapparatet:

Annet:

Samarbeidsrutiner:

## Behovsområder

<b>Behovsområde:</b>	
Mål:	Beskrivelse: Bedre ADL funksjoner
Langsiktige mål:	
Delmål	
Tiltak:	
Ansvarlig etat navn på saksbehandler	
Andre instansers forpliktelser:	
Brukers/foresattes forpliktelser:	

Dato for oppstart:	
--------------------	--

Dato for evaluering	
---------------------	--



## Økonomi

**Er det behov for stønad eller tilskuddsordning for bruker?:**

**Ja**

**Nei**

Eksempel: Grunnstønad, hjelpestønad, hjelpemidler fra hjelpmiddelsentralen:

## Evaluering

En gjennomgang av individuell plan mellom bruker og koordinator:

<b>Dato for evaluering:</b>
<b>Hovedelementer og mål i planen evalueres:</b>
<b>Nye mål</b>
<b>Andre/nye tiltak:</b>

**Andre kommentarer:**