

Individuell plan

Felles retningslinjer

for informasjon om og utarbeidelse

av individuell plan

mellom kommuner i Sør-Trøndelag og

St. Olavs Hospital HF.

For administrativt samarbeidsutvalg



.....
Samhandlingssjef
St. Olavs Hospital HF



.....
Kommuneoverlege
Trondheim kommune

Retningslinjer for informasjon om og utarbeidelse av individuell plan mellom kommuner i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital.

Innledning

Tjenestemottaker skal oppleve reell brukermedvirkning ved utarbeidelse, gjennomføring og evaluering av individuell plan.

Den som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med gjeldende bestemmelser. (se referanser)

Retningslinjene forutsetter at ansatte er kjent med lover, forskrifter og sentrale bestemmelser.

Planen skal bl.a. bidra til at:

- Tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.
- En tjenesteyter har hovedansvar for at det kartlegges ressurser og behov for tjenester, at det settes mål og at planen følges opp.
- Samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottaker/pårørende mv. styrkes.

1. Hensikt

Retningslinjene skal bidra til felles forståelse av bruken av individuell plan slik at det blir et nyttig redskap for å styrke samhandling mellom tjenestemottaker og de ulike tjenesteytere.

2. Omfang

Retningslinjene gjelder spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester. Det anbefales også at andre kommunale tjenester inkluderes i ordningen (for eksempel barnehage, PP-tjeneste og skole)

Dersom det er ønskelig kan man i samarbeid med andre etater/sektorer (for eksempel NAV, videregående skoler, arbeidsgiver etc.) benytte disse retningslinjene.

Til grunn for samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ligger Samarbeidsavtalen (se referanse) mellom kommunene og St. Olavs Hospital.

3. Begrepsavklaringer

- Tjenestemottaker omfatter i denne retningslinjen pasient/bruker. Dersom tjenestemottaker er mindreårig / mangler samtykkekompetanse er det evt. pårørende eller hjelpe-/verge som representerer tjenestemottaker.
- Tjenesteyter omfatter i denne retningslinjen både den enkelte ansatte som utøver tjenesten, og kommunale tjenester, / spesialisthelsetjenester og NAV, samt andre som gir tjenester i følge planen.
- Koordinator er den tjenesteyter som har hovedansvar for samordning og utarbeidning av individuell plan for den enkelte tjenestemottaker.

4. Presisering:

Individuell plan er en overordnet plan som skal bidra til å koordinere og inkludere alle typer tjenester. Dette gjelder fagspesifikke fagplaner som opplæringsplaner, tiltaksplaner, kriseplaner m.m.

5. Ansvar, informasjon og initiativ

5.1. Forberedelse til utarbeidelse av individuell plan (flytskjema)

Alle ansatte som gir helse- og omsorgstjenester i det kommunale helse- og sosialtjenestetilbudet, spesialisthelsetjenesten og NAV som har kontakt med tjenestemottaker/pårørende, har i følge lovverket et selvstendig ansvar for å vurdere om tjenestemottaker kan ha behov for individuell plan.

Alle som gir helse- og omsorgstjenester har plikt til å ta initiativ og informere om retten til individuell plan, hva en slik plan er og hvordan en skal kunne gå fram for å kunne få utarbeidet en plan. Det anbefales at også andre tjenesteytere jfr. pkt 2, tar initiativ og gir informasjon om individuell plan.

Dersom tjenestemottaker har individuell plan fra før se pkt. 9.

Når informasjon er gitt og tjenestemottaker ønsker en individuell plan, avklarer tjenesteyter og mottaker forventninger til planen på første møte/samtale.

Det er anbefalt at de møtes først alene for en avklaring, før evt plan-/ansvars-/individuell plan-gruppe igangsettes. Dette for å få en best mulig individuell tilpasning til planprosessen.

I denne fasen er det viktig at man informerer om hva individuell plan er /ikke er, og om mulighetene som finnes. Man må ikke love tjenestemottakeren tjenester på vegne av andre etater/forvaltningsnivå.

Tjenesteyter som har fått vite om at noen ønsker/har behov for individuell plan, skal dernest sørge for at en person gis hovedansvar for å føre prosessen videre i samråd med tjenestemottaker. Dette kan f eks gjøres ved at man tar kontakt med koordinerende enhet som de fleste steder har myndighet til å vurdere hvem som bør inn i bildet og tildele hovedansvaret for oppfølging.

Den enkelte leder har ansvar for å legge til rette for og følge opp arbeidet.

Dersom flere instanser skal inn i bildet, anbefales det at man tar kontakt med samarbeidspartnere før beslutning fattes. Dersom en av disse ønsker det, skal det avholdes drøftingsmøte. Partene forplikter seg til innen 2 uker å ha avtalt møte. Tjenestemottaker, eventuelt pårørende, skal alltid ha mulighet til å delta på slike møter.

Tjenestemottaker kan klage til beslutningstaker hvis ikke individuell plan blir utarbeidet. Om denne klagen ikke fører fram er neste klageinstans Helsetilsynet og/eller Fylkesmannen. Det kan også klages dersom en ikke får medvirke, eller om samarbeidet mellom tjenesteytere er mangelfullt.

Når det er avklart at det skal utarbeides en individuell plan må koordinator oppnevnes. Den instans som beslutter at individuell plan skal utarbeides, har som hovedregel ansvaret for at det oppnevnes en slik koordinator.

Det skal dokumenteres i instansens fagsystem om det er tatt initiativ og gitt informasjon.

5.2 Utarbeiding av planen

Koordinator er hovedansvarlig for samordning og utarbeiding av individuell plan.

Koordinator kan delegere skriving av de enkelte delene i planen til tjenestemottaker og andre tjenesteytere som deltar i planarbeidet. Det er viktig at tjenestemottaker bruker egne ord om seg selv.

Det anbefales at partene (spesialist-, primær helsetjenesten og tjenestemottaker) tidlig i samarbeidet avklarer ansvar, forventninger og deltakelse i planarbeidet.

Fagpersoner og annet personell fra hjemkommunen som ikke er ansatt i helse/sosialtjenesten, for eksempel skole/barnehage/PP-tjeneste, bør delta på lik linje med helsepersonell. Det skal aldri beskrives tjenester fra andre etater i planen før tjenestemottaker har samtykket i dette.

6. Ajourhold

En individuell plan skal alltid inneholde hvordan den oppdateres, evalueres og hvem som har ansvar.

7. Avslutning av en plan

Vurderer tjenestemottaker at det ikke lenger er behov for planen eller at involverte etater samlet ikke mener kriteriene for å ha en plan er tilstede, kan planen avsluttes. Beslutningen begrunnes og dokumenteres i planen, og koordinator dokumenterer i sitt system. Klagegang er som beskrevet for igangsetting.

8. Dokumentasjon og oppbevaring av individuell plan.

Individuell plan er tjenestemottakers plan og bestemmer selv hvordan han/hun vil oppbevare originalutgaven av planen. Tjenesteytere som offentlige instanser, må følge de regler som gjelder for dokumentasjon i, og oppbevaring/håndtering av planen.

9. Når en tjenestemottaker allerede har en individuell plan fra før.

- En tjenestemottaker kan flytte til annen kommune eller ha behov for tjenester fra et annet helseforetak eller andre avdelinger, enn de som fra før er involvert i planen. Når det blir kjent at tjenestemottakeren har en individuell plan, må han/hun gi samtykke til innsyn i planen. Tjenesteyter må på vurdere om innsyn er nødvendig. Tjenesteyter må ta kontakt med planens koordinator for videre samarbeid.
- Ved planlagte endringer i bosted/ innleggelse i helseforetak eller lignende vurderer tjenestemottaker og koordinator om den nye instansen om informasjon om individuell plan skal gis.
- En tjenestemottaker som har, eller har hatt en individuell plan, følger prosessen i flytskjema når det gjelder oppdatering eller revisjon av planen.

10. Nettbasert elektronisk individuell plan

Det er utviklet et nettbasert verktøy for individuell plan, under produktnavnet SamPro. Dette verktøy kan kun benyttes dersom pasientens hjemkommune har dette. Dersom dette er

innfridd vil en kontaktperson i kommunen sørge for tilgang og rettighet til å benytte SamPro i planprosessen.

Dersom nettbasert individuell plan (SamPro) etableres fra spesialisthelsetjenesten, må dette avklares med tjenestemottakers kommune for å få tilgang. Det skal også i epikrise til fastlege stå at tjenestemottaker har fått opprettet en individuell plan.

Det oppfordres til å bruke nettbasert individuell plan der dette er mulig. I de tilfeller hvor planeier (dvs. tjenestemottaker) ikke ønsker å være aktiv via den nettbaserte planen, kan tjenestemottaker få utskrift.

I nettbasert individuelle plan (SamPro), legges det opp til at hver tjenesteyter og tjenestemottaker bidrar i skrivingen av planen (beskriver og evaluerer egne tiltak).

11. Papirbasert individuell plan

Det anbefales at mal utarbeidet i samarbeid mellom kommunene i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital blir benyttet.

12. Registrering i fagsystem

Når en tjenestemottaker som har individuell plan eller er i ferd med å få individuell plan, skal dette avmerkes lett synlig i de ulike fagsystem av den som blir kjent med dette.

Det skal dokumenteres om planen er nettbasert eller ikke.

Nettbasert individuell plan oppbevares i de enkelte instansers fagsystem.

13. Administrative rutiner

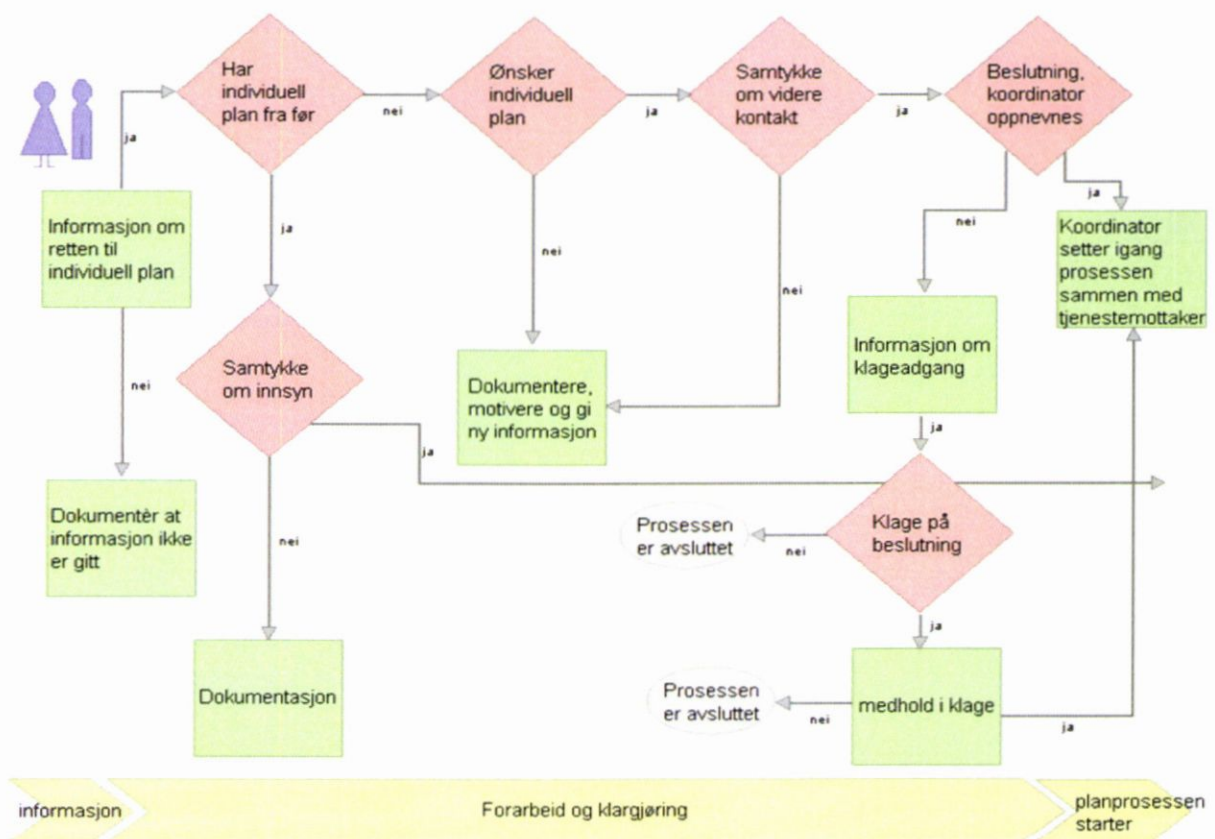
Det anbefales at tjenesteyternes arbeidsgivere utarbeider egne rutiner for ansatte som er delaktige i tjenestemottakeres individuelle planer. Dette for å sikre kontinuitet i arbeidet fra tjenesteyter.

Vedlegg

1. Flytskjema
2. Referanser og relaterte dokumenter

Flytskjema individuell plan

Godkjent administrativt samarbeidsutvalg 16.april 2009, Kommuner i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital



Vedlegg 2

Referanser:

- Forskrift om individuell plan
- Lov om helsetjenesten i kommunen
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov om sosiale tjenester
- Samarbeidsavtalen mellom kommunene i Sør-Trøndelag og St.Olavs Hospital.
- http://www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan/
- http://www.helse-midt.no/templates/StandardMaster___84520.aspx
- http://www.helse-midt.no/templates/StandardMaster___98452.aspx

Relatert

- Felles mal med kommunene for individuell plan
- Individuell plan = brukers plan. ”En kjapp innføring for fagfolk og brukere”