

Vedlegg 1 til Individuell Plan for Tromsø kommune.

VEILEDNING

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparatet, er gitt en rett til å få utarbeidet en individuell plan, regulert i pasientrettighetsloven §2-5, med utfyllende regler i "Forskrift om individuelle planer". Plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, samt psykisk helsevernloven § 4-1.

En individuell plan (IP) er en samordnet og oversiktlig plan over de tjenester en bruker har behov for. Planen skal sikre at tjenester blir vurdert i sammenheng og at brukers ønsker og mål er utgangspunktet for ytelsene. Den individuelle planen gir ikke den enkelte bruker større rett til de tjenester den beskriver enn det som følger av lovgivning på det aktuelle området.

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er:

- Å bidra til at bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.
- Å kartlegge brukers mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke brukers bistandsbehov.
- Å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Planleggingsprosessen

Det er viktig å se planprosessen som en løpende prosess i et livsløpsperspektiv, også ut over ferdigstillingen av planen. Planen er ikke et mål i seg selv, men et redskap til det tverrfaglige og tverretatlige arbeidet med å skape et tilpasset tjenestetilbud. Planen er et uttrykk for hvilke behov en person har for tjenester i en tidsperiode, og hvordan dette behovet skal møtes på en helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset måte.

- Den tjenesteyter som har registrert eller får meldt et slikt behov, har ansvar for å start prosessen.
- Bruker og eventuelt pårørende gis informasjon om individuell plan, og det avklares om vedkommende ønsker en slik plan
- Det meldes behov for individuell plan til koordinerende instans for rehabilitering i kommunen. I Tromsø kommune er det rehabiliteringstjenesten som er gitt et spesielt ansvar for å vurdere behov for og rett til en individuell plan

- Ved tvil om rett til individuell plan kan koordinerende instans avklare om vedkommendes tjenestetilbehov er av et slikt omfang at det utløser rett til individuell plan.
- Det innhentes informert skriftlig samtykke fra bruker/foresatte/verge.
- Dette innebærer at vedkommende gir sin tilslutning til at det etableres et samarbeid med utveksling av relevant informasjon mellom de tjenesteytere som bruker har behov for.
- Tjenesteyter og eventuelt koordinerende instans avklarer sammen med bruker hvem som skal oppnevnes som en plankoordinator. Brukeren skal så langt det er mulig kunne påvirke valget av plankoordinator.

Det gjøres en kartlegging av alle funksjoner som er relevante i forhold til den enkelte bruker for å kunne koordinere et helhetlig tjenestetilbud til bruker. Bruk kommunens sjekklister som utgangspunkt for kartleggingen. Kartleggingen er nødvendig forarbeid av planen, men skal ikke distribueres. Det er kun bruker og plankoordinator som skal ha kartleggingsskjemaet i utfylt format

- De aktuelle tjenesteytere innkalles til et samarbeidsmøte hvor det dannes grunnlag for utforming av forslag til individuell plan. Når det vektlegges at de ulike tjenesteytere bør møtes samtidig, er det fordi det gir mulighet for den enkelte etat eller instans å se sin egen rolle i en større sammenheng
- Det er viktig at gruppen som skal jobbe aktivt med utarbeiding av planen ikke blir for stor. Det er bruker, plankoordinator og de som kjenner brukeren godt og som har en aktiv rolle i planen som skal sitte i en slik plangruppe.
- Forslag til individuell plan utformes i nær dialog med bruker/foresatte/verge og forelegges alle berørte parter. Det gis mulighet til å komme med innspill til justeringer før de gir sin tilslutning til planen
- Første evaluering bør foretas etter relativt kort tid for eventuelt raskt å kunne korrigere det som umiddelbart fungerer dårlig. Evaluering skal skje i samarbeid med bruker. Dersom målet ikke er nådd skal begrunnelse skriftliggjøres.
- Når målperioden er sluttført, avsluttes saken, eller videreføres etter samme prosedyre.

PLANKOORDINATORS OPPGAVE

Plankoordinator vil være sentral i hele planleggings- og planprosessen, og i oppfølgingsarbeidet. Plankoordinator skal støtte opp under brukerens medvirkning og stimulere til at vedkommende spiller en sentral og aktiv rolle i egen rehabilitering og habiliteringsprosess;

- *Er brukers faste kontaktperson, som brukeren/ nærpersoner kan henvende seg til når det gjelder samordning og koordinering av tjeneseter gjennom IP*
- *Sikre en god fremdrift i prosessen*
- *Sikre at brukeren får informasjon og har innflytelse i prosessen*
- *Ha ansvaret for at brukers interesser blir ivaretatt*
- *Ha det overordnede ansvaret for innkalling, planlegging og gjennomføring av møter med tjenesteytere, og planlegger og gjennomfører disse møtene i nært samarbeid med bruker/ nærpersoner.*
- *Avklare med bruker/foresatte/verge hvem som skal delta på møtene.*
- *Avklare ved møtenes start hvem som skal være møteleder og referent.*
- *Bidra til at første utkast til individuell plan utformes, og at den forelegges alle berørte parter for eventuelle justeringer før de gir sin tilslutning til planen*
- *Gi melding til aktuelle tjenesteytere om eventuelle endringer underveis*
- *Sikre at planen blir evaluert*
- *Sikre at planen blir oppbevart i tråd med gjeldende regler for oppbevaring av journal, jfr. forskrift om pasientjournal § 5*
- *Sikre at brukeren får et eksemplar av planen.*

Alle tjenesteytere er ansvarlige for å melde endringer til koordinator.