



Torsken kommune
Koordinerende enhet
9380 Gryllefjord

INDIVIDUELL PLAN

_____ (navn) _____

Her settes det inn bilde eller annet som er personlig relatert til tjenestemottaker.

Utarbeidet av: _____ (navn) _____

Individuell plan.

_____ (navn) _____ har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og har etter ”Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester” rett til å få utarbeidet individuell plan jf. § 7-1 og oppnevnt koordinator jf § 7-2.

_____ (navn) _____ er informert om hva en individuell plan inneholder og hva den har som formål, og tjenestemottaker gir her sitt samtykke til at slik plan utarbeides.

I samråd med tjenestemottaker er _____ (navn) _____ utnevnt som koordinator.

Lovverk.

Individuell plan er forankret i følgende lovverk;

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Lov om psykisk helsevern.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter.
- Lov om spesialisthelsetjenesten.
- Forskrift om individuell plan.

Planen er underlagt taushetsplikt og unntatt offentlighet jf. ”Lov om pasient- og brukerrettigheter” § 3-6, ”Lov om behandlingssåten i forvaltningssaker” § 13 – 13e, og ”Lov om helsepersonell” kapittel 5 med de begrensninger som gjelder fra avgitt samtykke.

Klager i forbindelse med individuell plan kan jf. ”Lov om pasient- og brukerrettigheter” kapittel 7 rettes til;

Fylkesmannen i Troms
v/ Helsetilsynet
Postboks 6105
9291 Tromsø

Samtykke til utarbeidelse individuell plan, samt utveksling av opplysninger.

Jeg samtykker i at det utarbeides en individuell plan for meg, og at deltakere i planleggingen gis tilgang til nødvendige taushetsbelagte opplysninger i planperioden. Samtykket omfatter de helseopplysninger og andre personlige opplysninger om meg, som deltakerne i planleggingen anser nødvendige for å utarbeide og følge opp min individuelle plan. Samtykket gjelder bare innhenting, utveksling og bruk av opplysningene til dette formålet.

Videre samtykker jeg i at det opprettes en ansvarsgruppe for meg, og at det innad blant gruppens medlemmer og koordinerende enhet utveksles opplysninger som anses nødvendig for å sikre gode og lovpålagte koordinerende tjenester til meg.

Jeg er informert om at samtykket når som helst kan trekkes tilbake.

Sted

Dato

Bruker

Koordinator

Foresatte / verge

Personlig presentasjon.

Her presenterer tjenestemottaker seg selv:

- Født når og hvor
- Bosted
- Boforhold
- Slekt
- Venner
- Interesser
- Mål og ønsker for fremtiden

Medisinske opplysninger.

Her beskrives medisinske opplysninger, historikk, nåværende status, planlagte tiltak og eventuelt prognose hvis det anses hensiktsmessig.

Dagens tjenester og tiltak.

Det skrives kort og konkret fra de ulike tjenesteyterne.
Her er noen eksempler på tjenester;

Familien.

Skole / barnehage.

Fastlege.

Helsesøster.

Psykiatritjeneste.

Pleie og omsorgstjenesten.

Fysioterapitjenesten.

Hjelpemidler.

Spesialisthelsetjenesten.

NAV.

Arbeidsforhold.

Personaloppfølging (tiltak som personalet får som følge av sin jobb med tjenestemottaker).

Ansvarsgruppe.

Medlem	Funksjon	Adresse	Telefon / e-post

Andre fagpersoner / instanser det samarbeides med, og som innkalles ved behov;

- F.eks: Fastlege
- F.eks: Spesialisthelsetjeneste
- F.eks: PPT

Rutiner for ansvarsgruppens arbeid.

Innkalling til møter i ansvarsgruppen skal skje skriftlig pr post eller ved annen overlevering, med unntak av e-post, til de innkalte med minimum to ukers varsel. Innkallingen inkluderer forslag til sakliste, møtested og møtetid. Kopi av innkalling sendes på samme måte, og med samme frist til koordinerende enhet i kommunen. Innkalling skal ikke sendes pr e-post, dette jf. ”Lov om behandling av personopplysninger” § 2-1 og 8.

Ansvarsgruppen ledes av brukerens oppnevnte koordinator. Ansvarsgruppa velger stedfortredende leder og møterefereent.

Referat fra møtet skal sendes deltakere i ansvarsgruppen og til koordinerende enhet i kommunen senest to uker etter møtet.

Individuell plan skal utarbeides hvis tjenestemottaker samtykker. Kopi av individuell plan, ny eller revidert, skal sendes til koordinerende enhet senest to uker etter at den er godkjent og signert av tjenestemottaker.

Viktige nære personer for tjenestemottaker.

Navn	Relasjon	Adresse	Telefon / e-post

Overordnet mål.

Her beskrives overordnet mål for tjenestemottaker for å oppnå best mulig kvalitet i sin hverdag.

Delmål.

Mål	Tiltak	Ansvarlig tjenesteyter	Dato for oppstart	Dato for evaluering / konklusjon

Planens gyldighet.

Planen er gyldig for tidsrommet ___(dato)___ til ___(dato)___, og skal evalueres før ny godkjenning av revidert plan eller utarbeidelse av ny plan.

Godkjenning av planen.

Sted

Dato

Bruker

Koordinator

Foresatte / verge