



erfaringskompetanse.no

Nasjonalt senter for  
erfaringskompetanse innen  
psykisk helse

# Erfaringskompetanse oppplan

– et verktøy for å tilpasse  
tjenester til person

Erfaringskompetanse.no **2017:1**

ISSN: 1891-6163

ISBN: 978-82-93171-33-1

Utgiver: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Tekst og illustrasjoner: Arnhild Lauveng, seniorrådgiver/forsker ved  
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Grafisk design og trykk: Wera AS, Porsgrunn

# Individuell plan

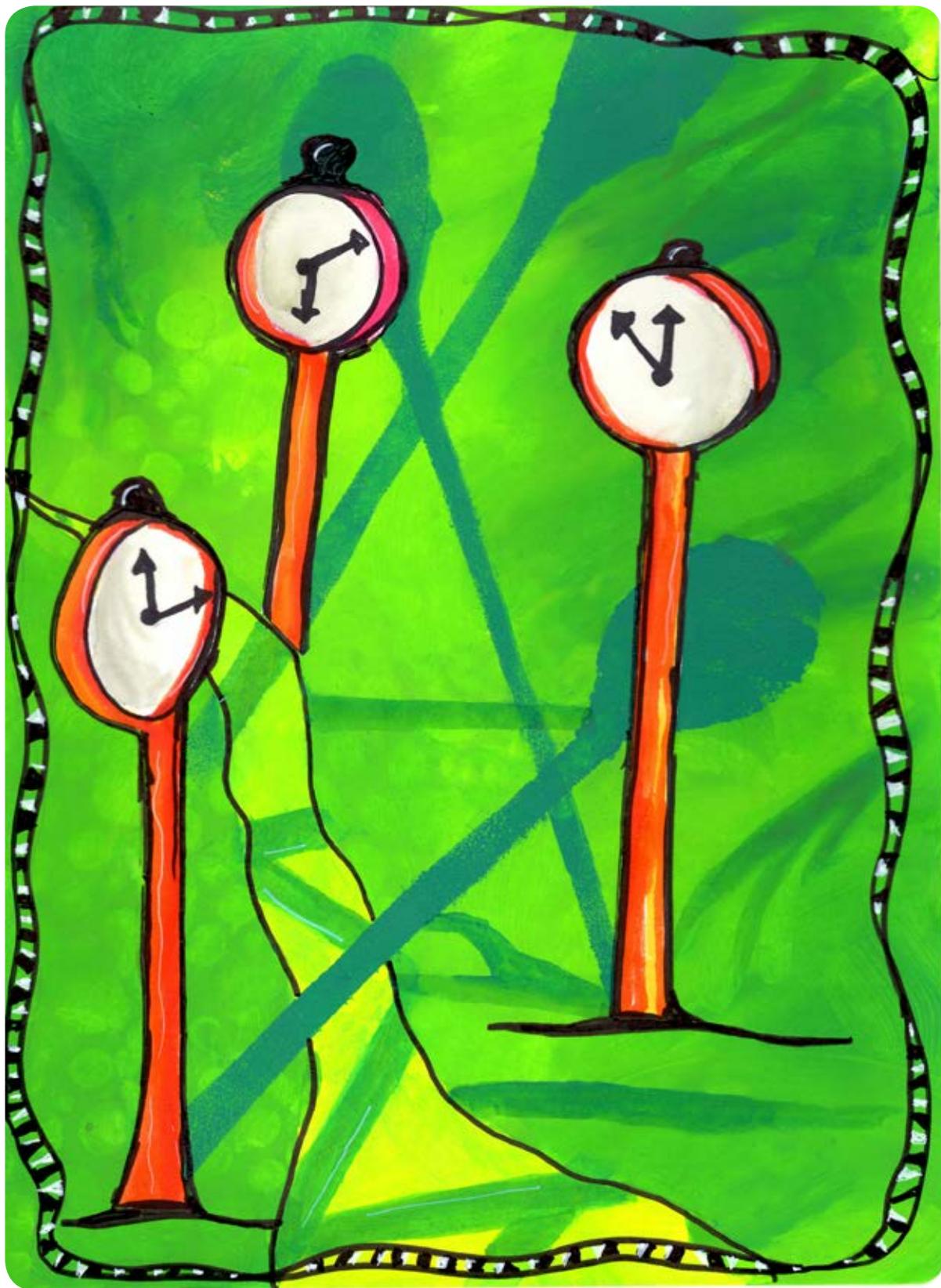
## – et verktøy for å tilpasse tjenester til person

Å ha helseplager som varer lenge, kan være veldig slitsomt. Ofte har man tilbud fra mange forskjellige tjenester, uten at disse samarbeider så godt. Andre ganger er det uklart hva som egentlig er målet med de ulike tiltakene, og mange forteller at de opplever at de ikke blir hørt eller tatt på alvor når de forteller om sine behov.

En individuell plan – IP – er et verktøy som skal sikre at du som pasient får helhetlige tjenestetilbud som er tilpasset akkurat dine behov, tilbud som er godt koordinerte.

IP skal også sikre at pasienter får medvirkning og innflytelse på sitt eget helse- og omsorgstilbud, og at man jobber mot pasientens egne mål.





Ved å jobbe sammen med å utvikle, følge opp og evaluere en IP skal samarbeidet mellom ulike hjelpere bli bedre. En IP skal også kunne bedre samarbeidet mellom tjenesteyterne og pasienten, og eventuelt også pårørende.

En IP skal være *en plan*, og skal fungere på tvers av ulike tjenester. Både kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre tjenester som kan være aktuelle for den enkelte (for eksempel NAV, skole, barnevern eller andre) skal samarbeide om å lage, følge opp og evaluere samme plan.

I dette heftet vil vi se på hvem som har rett til en IP, hvordan man kan arbeide med en IP og hva en plan kan inneholde. Vi skal også se på hvordan du kan be om en plan, og hvordan du kan klage hvis du får avslag.





# Hvem har rett til en IP?

Det er to ting som må være på plass hvis du skal ha rett til en IP – du skal ha behov for flere tjenester og behovet skal vare over tid.

**I pasient- og brukerrettighetsloven (§ 2-5) står det at «Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet IP».**

Men hva betyr det i praksis?

På de neste sidene ser vi litt på hvem som har rett på en IP, hvem planer passer for og noen misforståelser om IP.



JULI

JUNI

MAI

APRIL

MARS

FEBRUAR

JANUAR

12345  
67890  
113

123  
456789  
101112

1234  
5678

2345678  
910111213  
1415161718

## Behovet for helsetjenester skal vare i flere måneder, eller enda lenger

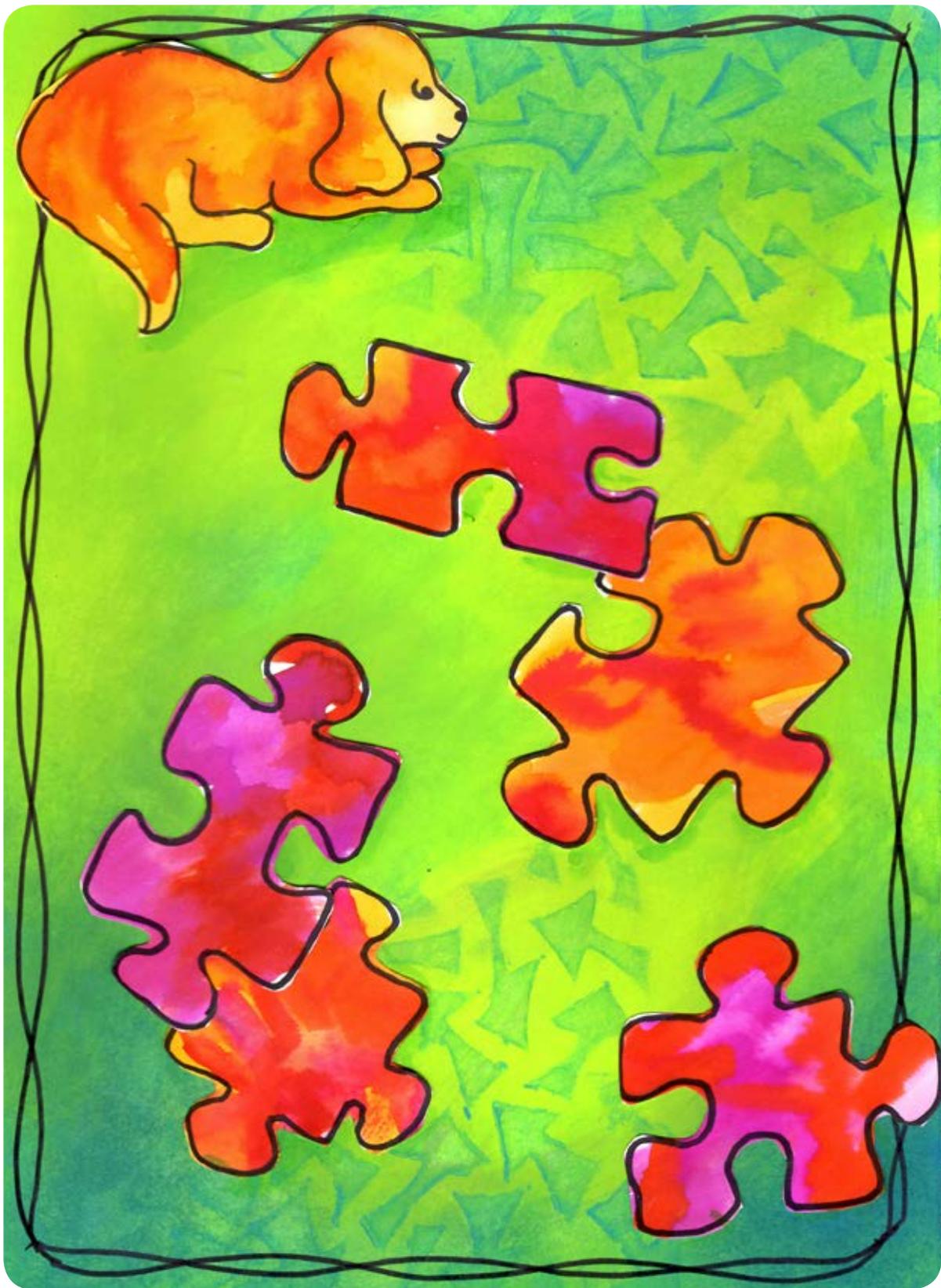
Du har rett til en IP hvis problemene dine er langvarige. Det betyr ikke at de skal vare evig! Men, for å få en IP, skal du ha behov for tjenester over tid.

Ifølge retningslinjene fra Helsedirektoratet har du rett til en IP hvis behovet varer mer enn noen få måneder.

Har du avgrensede problemer som bare antas å vare noen uker eller måneder, trenger du kanskje ikke en plan.

Men hvis problemene dine varer et halvt år eller mer, kan det være lurt å tenke langsiktig, og da kan en IP være en god idé.





## Du skal ha behov for to eller flere tjenester

Å koordinere betyr å virke sammen, og i denne sammenheng betyr det at tjenestene skal samarbeide og fungere som en helhet.

IP er derfor ikke så viktig hvis du bare har én enkelt tjeneste, for eksempel bare går til behandling hos DPS (distriktpsykiatrisk poliklinikk) og ikke har behov for noe annet.

Men hvis du mottar to eller flere tilbud – for eksempel både er på dagsenteret og bruker psykiatrisk team, kanskje også fastlege eller DPS eller har kontakt med NAV – kan det være lurt å koordinere disse tjenestene.

Det kan også være at du akkurat nå bare mottar en tjeneste, men at du (og den du har kontakt med) tenker at du trenger flere tjenester i fremtiden. Da kan en IP være et verktøy for å finne ut hva du trenger, og hvordan du kan få det du trenger.



0-100



ALLE

DIAGNOSER

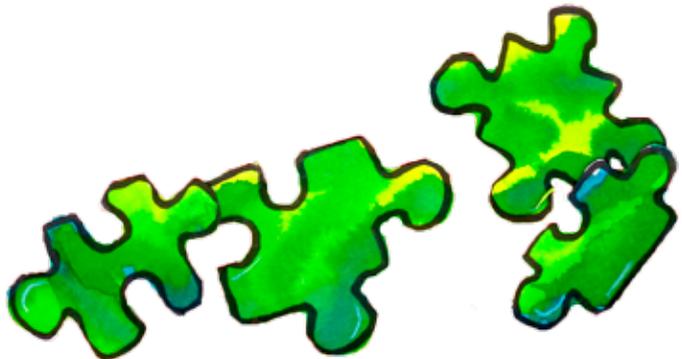
## Alle som har langvarige og sammensatte behov har rett til en IP

### **IP er ikke begrenset til enkelte diagnoser.**

Det spiller ingen rolle hvilken diagnose du har, det er varigheten og behovet for flere tjenester som avgjør om dette er noe du har rett til.

### **IP er ikke bare for voksne.**

Alder har ingen betydning, både barn, unge og voksne har rett til en IP hvis de har behov for det.





## Det er mange veier til et bedre liv!

Noen har hørt at IP passer best for de som er veldig syke og har store problemer.

Andre tror at IP bare passer for de som har som mål å komme i full jobb, og at det å få en IP betyr mange nye krav.

Det er sant at IP kan være veldig viktig hvis du har alvorlige problemer som har vart i mange år, og du trenger mye hjelp. Det er også sant at IP kan være viktig for å kunne fullføre en utdanning og få en jobb – hvis det er målet ditt.

Men det aller viktigste er at IP skal være nettopp individuelt tilpasset. Det er mange veier til et godt liv, og IP kan brukes i mange ulike sammenhenger, både for de som kommer til å være syke lenge, kanskje resten av livet, og for de som ønsker seg utdanning eller jobb.



**LANG-  
VARIG**



**SAMMEN-  
SATT**



## IP passer for:

- Personer som har problemer som varer i mer enn noen få måneder.
- Personer som har, eller har behov for, flere helse- og sosialtjenester, og for at disse tjenestene skal samarbeide.

## IP passer ikke for:

- Personer som har plager som bare varer noen få uker eller måneder.
- Personer som bare har én tjeneste og som ikke trenger mer enn dette.





## Eksempel: Per

Per er 47 år. Han har uføretrygd, og bor i et kommunalt bofelleskap. Per har diagnosen schizofreni, og har tidligere vært mye innlagt. Nå er han sjeldnere innlagt, og oftest på DPS døgnavdeling, ikke akuttavdelingen på sykehuset. Per har tidligere hatt en behandler på DPS, det har han ikke nå. Han savner det, men har fått avslag når han søker. Per har mest kontakt med personalet i boligen, med fastlegen, og av og til med psykiatrisk team. Pers mor syns han sitter for mye inne, og burde være mer aktiv. Per kan gå på dagsenteret hvis han vil, men selv om han trives der, syns han det er vanskelig å komme seg av gårde om morgenen. Per ønsker også å være mer aktiv, men han vet ikke helt med hva. Han syns også det er vanskelig å få trygden til å rekke til hele måneden, og han savner å ha råd til å reise på ferie og gjøre morsomme ting. Han er nokså mye alene og mistrives med det.

### **Per kan ha god nytte av IP**

Per er et eksempel på en person som kan ha god nytte av IP. Problemene hans har vart i mange år, han har sammensatte problemer og han får hjelp av flere instanser. Det er også mulig han kunne trengt mer hjelp enn det han får i dag, og med andre ting. Det er noe Per og hjelperne hans kan se på når de arbeider med IP, om det kanskje er flere hjelpere som må inviteres med i samarbeidet.



## Eksempel: Charlotte

Charlotte er 19 år. Hun har gått på videregående skole og prøvd to ulike studieretninger. Hun har ikke bestemt seg for å slutte på skolen, og vet ikke helt om hun har sluttet heller, men hun går i alle fall ikke på skolen lenger, og har ikke gjort det på noen måneder.

Charlotte gikk på BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) da hun gikk på barneskolen, men hun husker ikke så mye av det. Hun ble også henvist til DPS i fjor, men sluttet å gå dit etter to ganger, fordi hun ikke fikk noen god kontakt med terapeuten.

Charlotte har lite kontakt med familien, har bodd på forskjellige hybler og noen ganger hos venner. Hun får støtte fra sosialkontoret som krever at hun skal delta i ulike tiltak. Charlotte kjenner at det orker hun ikke, men hun kan ikke forklare hvorfor. Hun ble sinna på sosialrådgiveren på sist møte, og nå er hun redd for at hun ikke skal få penger mer.

Egentlig vil hun fortsette på skolen, studere, få jobb og «alt det vanlige», og hun er fortvilet fordi hun ikke bare «klarar å ta seg sammen».



## Charlotte kan også ha god nytte av IP

Det er litt vanskelig å si hvor lenge problemene til Charlotte har vart, fordi da må man bestemme seg for når man begynner å telle. En måte å telle på, er at problemene bare har vart et par måneder, siden hun sluttet på skolen. Men, Charlotte har jo hatt problemer lenge før det, selv om hun også har klart seg bra i perioder.

Akkurat nå har Charlotte bare kontakt med sosialkontoret, og har altså ikke flere tjenester som trenger å samarbeide. Samtidig kan nok Charlotte trenge mer hjelp enn hun får nå, både når det gjelder å komme i gang med skole eller andre aktiviteter, få en mer stabil økonomi, et bedre sted å bo og kanskje også behandling.

Selv om problemene til Charlotte i denne omgangen ikke har vart så lenge, og hun akkurat nå ikke har mer enn én kontakt, kan det derfor likevel være lurt med IP.



## Eksempel: Anne

Anne er 57 år, gift og har to barn. Den yngste sønnen flyttet hjemmefra i fjor sommer for å studere. Kort tid etter døde Annes far, som hadde bodd lenge på sykehjem. Annes mor fikk det vanskelig etter at mannen døde og begynte å ringe Anne veldig ofte.

Når det nærmet seg jul, kjente Anne seg sliten og gledet seg til ferie, men når julen var over, var hun enda mer sliten. Det var et ork å begynne på jobb igjen, og i januar ble hun sykemeldt av fastlegen. Hun begynte på antidepressiva, og fikk etter en stund tilbud om samtaler ved DPS. Hun har gått der én gang i uken de siste tre månedene, og er nå tilbake i 50 % jobb. I samtalene har Anne fått snakket om det som plager henne, og også fått hjelp til å ordne opp i praktiske ting, som å skaffe hjemmesykepleie til moren.

Både Anne, legen og terapeuten ved DPS regner med at Anne vil kunne jobbe 100% igjen om et par måneder, og også redusere samtalene på DPS til hver 14. dag. Men hun vil nok trenge kontakt med DPS et halvt år til.

## Anne trenger neppe IP

Selv om Annes problemer har vart mer enn et halvt år, og sannsynligvis vil vare noen måneder til, opplever både hun og behandlerne at problemene hennes er nokså avgrensede. Hun har to kontakter, terapeuten på DPS og fastlegen, men disse samarbeider allerede godt og det er ikke behov for hjelp fra andre enn disse to. Slik situasjonen er i dag er det meste avklart, og Anne vil neppe ha behov for eller nytte av IP.



## Det er helheten som er viktig!

Eksempelene viser at det er helheten som er viktig når man skal avgjøre om en person kan ha nytte av en IP eller ikke.

Selv om Annes problemer har vart lenger enn det Charlottes problemer har vart denne gangen, så har Charlotte sammenlagt hatt problemer i lengre tid, og det er også sannsynlig at hun vil ha det vanskelig lenger enn Anne.

Charlotte har i dag bare hjelp fra én tjeneste, mens Anne får hjelp fra to. Likevel er det større behov for at flere ulike hjelpere samarbeider om å hjelpe Charlotte – Anne får allerede den hjelpen hun trenger.

Når man skal bestemme om man skal lage en IP, er det derfor viktig å ta slike individuelle hensyn og å se på helheten i situasjonen.

# Å lage en IP

Nå har vi sett på hvem som har rett til en IP, hvem den passer for og ikke passer for. På de neste sidene ser vi litt mer på selve planen, hva den skal inneholde og hvordan den lages.

## **Du skal være med å lage din individuelle plan**

En IP er personlig og tilpasset den enkelte persons ønsker og behov. Det er den som eier planen sine mål, ressurser og samlede behov for tjenester som skal være utgangspunkt for planen og for hvilke tiltak og prioriteringer planen skal inneholde.

Det kan ikke lages en IP uten at den som planen gjelder for ønsker det. Hvis den som skal ha planen ikke selv er i stand til å samtykke, skal verge eller pårørende samtykke på vegne av pasienten/brukeren.

Før du samtykker, skal du få nok informasjon om hva det betyr å ha en IP, slik at du kan ta et begrunnet valg.

## **Koordinator og samtykke**

Å lage en plan er et arbeid som pågår over lang tid, og som ser litt ulikt ut på forskjellige tidspunkt.

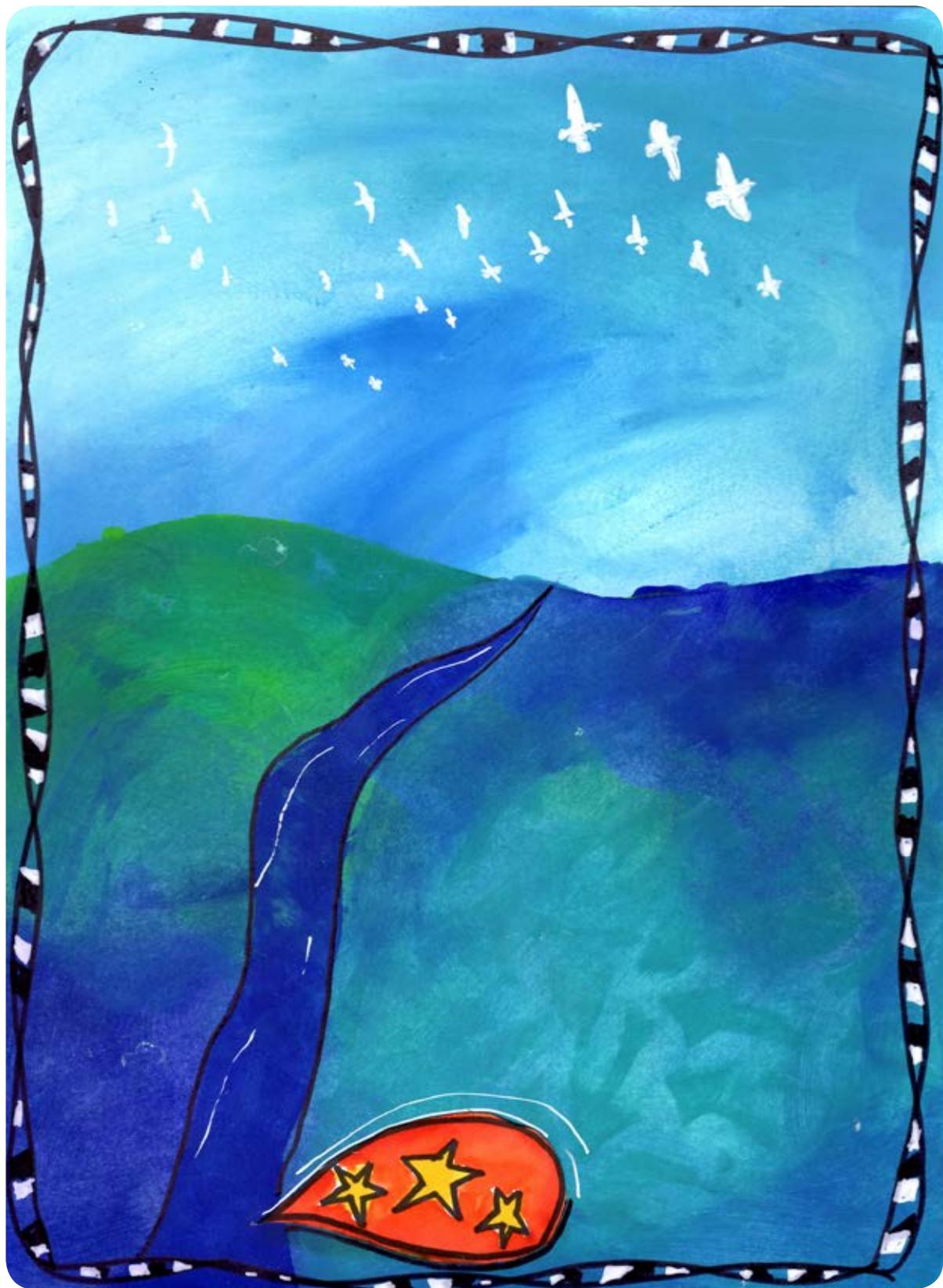
Det første som skjer er at den som skal ha planen må samtykke til å få en plan. Deretter må det oppnevnes en koordinator i kommunen. Koordinator er som regel en person pasienten/brukeren allerede har kontakt med, og pasienten/brukerens, eventuelt også pårørendes, ønsker skal tillegges stor vekt når det skal velges koordinator.

## **Koordinator og pasient avtaler arbeidsform**

Når koordinator er på plass, må koordinator og pasient bli enige om hvordan de skal jobbe videre. Det er viktig å avtale hvor ofte man skal møtes og hvor man skal møtes. Man må også snakke om hvem som ellers skal være med å arbeide med planen, og man må avtale om pårørende skal involveres og hva deres rolle i så fall skal være.

Alle som er involvert i planen behøver ikke møtes hver gang man skal arbeide med noe i planen. Koordinator og bruker avtaler fra gang til gang hvem som skal være med på møtene, avhengig av hvilke tema som skal diskuteres.

Det er viktig å invitere alle som er nødvendige for å ta en god avgjørelse, men ikke så mange at møtet blir for stort og uoversiktlig.



## Hvor er vi nå? Ressurser

En plan er litt som en reise, hvor man beveger seg fra et sted til et annet. Da er det viktig å først vite hvor man er akkurat nå, og at koordinator og den som eier planen sammen blir enige om hvordan utgangspunktet ser ut.

Selv om de fleste som trenger en IP opplever at de har mange problemer, er det viktig å avklare også hva som fungerer og hvilke ressurser personen har. Det kan være egenskaper, ting man er flink til eller liker, men det kan også være ytre omstendigheter, som at man bor i en leilighet man liker, har venner eller pårørende man har et godt forhold til eller en behandling som fungerer.

Noen ganger kan disse ressursene være viktige når man skal finne nye tiltak i planen. Andre ganger er det viktig å passe på at nye tiltak ikke ødelegger noe som allerede fungerer godt, og uansett er det viktig å vite hva som fungerer bra!



FEBRUAR  
12345  
67890  
112

JANUAR  
2345678  
9011111111  
12345678

MARS  
1234  
5678

APRIL  
123  
456789  
10111213

MAR  
123  
4567  
8901

JUNI  
1234  
5678

JULI  
1234

## Eksempel: Har Charlotte noen ressurser?

Charlotte gikk med på å få en IP selv om hun egentlig tenkte dette passet best for de som var sykere enn henne. Hun fikk en ny kontakt på sosialkontoret, Hilde, som koordinator, og var fornøyd med det.

Da de begynte arbeidet med planen, spurte Hilde mye om hvilke ressurser Charlotte hadde, hva som fungerte bra. Det syntes Charlotte var vanskelig. Hun klarte jo ingenting! Og hadde mislyktes i så veldig mye! Det var jo derfor hun trengte en plan, fordi ingenting fungerte!

Etter at de hadde snakket litt mer sammen, og Hilde hadde stilt mange spørsmål, fant de imidlertid mye som Charlotte var god på. Hun har flere venner, selv om de ikke er så nære, hun liker musikk, hun er god til å snakke og forklare hvordan hun har det, hun er i god fysisk form, og hun har tidligere vært aktiv i stallen og vært flink til å ri. Alt dette er ressurser som det er viktig å huske når de skal jobbe videre med planen.



## Hvor er vi nå? Behov

Når man sammen har avklart hvilke ressurser som finnes, må man se på det som ikke fungerer så bra. Hvor er problemene? Hva er vanskelig? Hva er det denne personen trenger eller ønsker og som ikke er på plass nå?

Ofte er det mye som er vanskelig på en gang, og da er det lurt å sortere og prioritere. Hva er viktigst? Hva skal vi gjøre noe med først? Hva kan vente litt? Det er viktig at den som eier planen og koordinator bruker god tid på dette og blir enige om prioriteringene. Hvis brukeren opplever å ikke bli hørt, og at det hun eller han syns er viktigst står langt nede på lista, er ikke det særlig motiverende. Samtidig kan det være at noen ting faktisk må gjøres før det er mulig å gjøre andre ting, og da er det viktig å ha avklart dette så ikke alt blir bare rot.

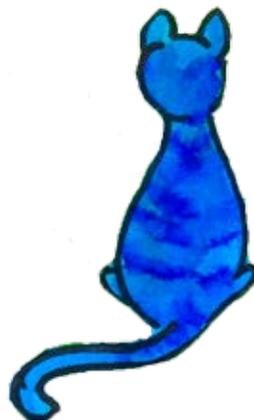




## Hvor skal vi? Mål.

Når man har avklart hvor man er, hvilke ressurser og hvilke utfordringer som finnes, er det på tide å sette noen mål. Hva ønsker personen at skal bli annerledes? Hva er det viktig å endre?

Det er viktig å huske at det er personens *egne* mål som er viktige, ikke målene til de som står rundt. Noen tror at målene i en IP alltid handler om å «bli frisk», bo alene eller begynne på en utdanning eller i en jobb. Dette er selvfølgelig viktige mål for mange, men ikke for alle. Hensikten med en IP er å koordinere tilbudene den enkelte får og å jobbe med personens egne mål. Da er det avgjørende at man bruker tid å på finne de målene personen egentlig ønsker seg, og ikke det han/hun tror andre vil at han/hun skal ha som mål.



## Eksempel: Har Per noen mål?

Per sa først nei da de foreslo IP. Han hadde hatt en før, og han synes ikke det hjalp noe. Han husker nesten ikke hva som stod på den forrige planen, men husker det var mye om arbeidstrening og at han skulle bli mer selvstendig. Per vet at hvis det blir mye forandringer og stress i livet hans, blir han sykere, og det orker han ikke. Han har ikke lyst til å bo alene og orker ikke jobbe – han har mislyktes i arbeidstrening flere ganger tidligere. Men det synes han er flaut å si, for han har hørt så ofte hvor viktig det er å jobbe.

Når Per får mer informasjon om hvordan en IP kan være, går han likevel med på det. Maria som han kjenner fra bofelleskapet er koordinator, og sammen ser de på det Per opplever som sine reelle mål: Å ha flere morsomme ting å gjøre i hverdagen, og å kunne dra på ferie. Dette er ting som både er mer realistisk, og også mye viktigere for Per, enn å begynne å jobbe.



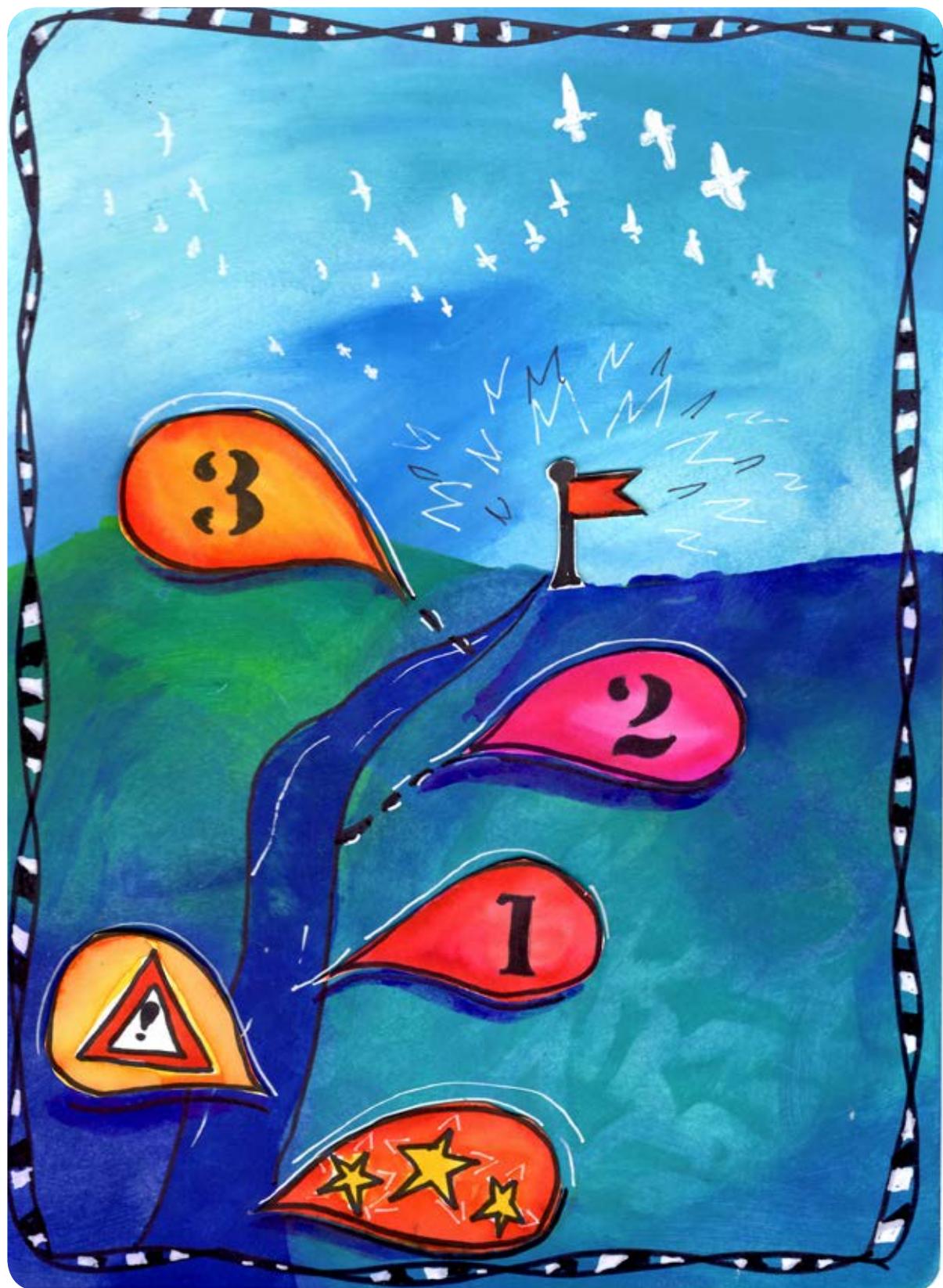
## Kortsiktige og langsiktige mål

Noen mål er ganske lette å nå og kan oppnås på kort tid. Andre mål tar lenger tid å oppnå, og er kanskje noe man må jobbe med i mange år. Ofte er det også lurt å dele hovedmålet opp i flere, mindre mål, slik at man kan nå mange delmål på veien til hovedmålet.

En god plan bør ha både kortsiktige og langsiktige mål, og store mål bør deles opp i mindre, oppnåelige delmål.

Planen bør også ha en realistisk tidsplan for når man skal nå hvert delmål. Det er lurt å tenke godt etter hva som er mulig å få til når man setter en tidsplan, og ikke skynde seg for mye. Ofte er det lurere å gjøre små endringer, gradvis og over tid, enn å prøve å gjøre alt på en gang. Prøver man å gjøre for mye for fort er det større sjanse for å mislykkes, enn hvis man tar det litt roligere og gir seg tid til å lykkes med hvert delmål før man går videre.





## Hvordan kommer vi fra A til B?

Når man sammen har avklart hvor man er og hvor man skal, er det på tide å se på tiltakene, altså hvordan man skal komme fra utgangspunktet man har i dag og til det målet man har. Noen ganger hopper man over de første stegene, med ressurser, utfordringer og mål, og går rett på å sette tiltak på planen. Det *kan* virke, men er ofte ikke det beste. Hvis man setter opp tiltak (for eksempel å gå på dagsenteret, ha en støttekontakt, gå i behandling eller gå på skole) uten at man har avklart sammen hvilke mål man skal oppnå med dette tiltaket, om det målet er et mål man ønsker seg, og om det er realistisk at man når målet gjennom tiltaket, ja, da er det ofte lite motiverende.

De beste tiltakene tar utgangspunkt i den situasjonen man har i dag og det målet man skal nå, og skal være en realistisk måte å komme fra utgangspunktet til målet.

## Kan jeg ha med hva jeg vil i min IP?

IP er din egen plan, og du kan derfor sette opp hva du vil på planen din. Men, det er en viktig begrensning med IP:

**Du har rett til å få en IP, og du har rett til å sette opp hva du vil i planen, men det at noe står på planen gir deg ikke større rettigheter enn du ellers ville hatt.**

Hvis du setter opp på planen din en tjeneste som ikke finnes, eller en tjeneste du ikke har krav på ut fra den aktuelle lovhjemmelen, så vil du ikke få den tjenesten selv om det står på planen. Og da er det jo liten vits.

Ofte er det derfor lurere å sette opp generelle mål på planen enn å sette opp konkrete tjenester. Når dere har satt et generelt mål, kan du og hjelperne dine samarbeide om hvordan du lettest kan nå dette målet, enten det involverer at du får nye tjenester eller at dere finner andre løsninger.

## Eksempel: Per vil ha støtte til ferie

Per savner veldig å dra på ferie, helst til Syden, men han vet at han ikke har råd til det. Han foreslår derfor at de skal sette opp på planen at han skal få støtte fra kommunen til å reise to uker til Syden hvert år.

Maria forklarer at kommunen ikke gir slik støtte, at de godt kan sette det opp på planen, men at det ikke vil hjelpe: Per vil likevel ikke få penger til ferie fra kommunen. Maria foreslår at de isteden setter som mål at Per skal reise på ferie, og ser hvordan det kan bli mulig.

Per og Maria snakker med Siw fra NAV, og blir enige om en plan hvor Per skal spare 500 kr hver måned, fast, slik at han kan få 6000 kr i året til å bruke på ferie. De ser på budsjettet til Per og hvor han må spare for å få råd til dette. Siw vil sørge for at pengene trekkes automatisk hver måned.

De avtaler med foreldrene til Per at Per kan dra sammen med dem hvis han betaler selv, så han slipper å reise alene.

Per ville helst hatt pengene direkte fra kommunen, men siden det ikke er mulig, syns han dette er en god plan siden han nå skal få dra på ferie.

OMKJØRING



## Alle planer må evalueres

Det er viktig å ha en plan, men livet forandrer seg og ofte blir ting annerledes enn det vi planla.

Noen ganger skjer det uforutsette ting som gjør at planene må endres. Andre ganger trenger man lengre tid, eller kortere tid, man får ikke til det man håpet på eller man får til mer enn det planlagte. Mennesker forandrer seg også, og underveis i planarbeidet kan det dukke opp nye mål, i tillegg til de man hadde før, eller det er behov for å endre de målene man satte seg, og heller finne nye.

Alle planer må derfor evalueres regelmessig. Hvor ofte det er nødvendig å gå gjennom planen, vil variere. Ofte kan det være greit med en gjennomgang hvert halvår. Noen ganger, hvis det skjer mye, må det gjøres oftere. Andre ganger, hvis alt går bra, holder det kanskje med en gang i året. Men, alle planer skal være aktive arbeidsverktøy og skal evalueres og oppdateres jevnlig.



## Eksempel: Per og dagsenteret

Per har et tilbud om å gå på dagsenteret, men han har ikke klart å være der så mye. Pers mor synes det er viktig at Per er mer aktiv og snakker mye om at Per må gå på dagsenteret. Per er delvis enig og foreslo derfor at det å være på dagsenteret skulle være et mål på planen hans. Etter å ha snakket litt med Maria, blir de enige om at *målet* er at Per skal ha flere hyggelige aktiviteter og at det å være på dagsenteret kan være et *tiltak* for å nå det målet.

Etter noen måneder foreslår Maria at de skal evaluere planen. Per har vært på dagsenteret to ganger på tre måneder, og er redd for å få kjeft. Det får han ikke. Maria sier bare at det ser ikke ut som om dette tiltaket virker så godt, siden Per ikke har kommet nærmere målet om flere hyggelige ting å gjøre. Per og Maria prøver sammen å finne ut hva som er problemet. Per sier at han egentlig trives på dagsenteret når han er der, men at det er vanskelig å komme seg av gårde om morgenen, og at han ofte er redd og gruer seg. Dessuten synes han det er slitsomt når han ikke vet hva som skal skje, og når det er mye folk rundt ham.

Maria inviterer lederen for dagsenteret inn i ansvarsgruppen, for å diskutere løsninger. De blir enige om at Per kan delta på faste aktiviteter i en mindre gruppe på dagsenteret, på faste dager. Da vet han hvilke dager han skal og ikke skal på dagsenteret og slipper å ta avgjørelsen hver eneste morgen. Leder på dagsenteret skal sende en tekstmelding på morgenen for å ønske Per velkommen, si noe om hva de skal gjøre den dagen og at de venter på ham. De blir også enige om at de ansatte i boligen skal hjelpe Per på morgenen, så han kommer seg avgårde, og følge ham til bussen.

Da de har en ny evaluering etter to måneder, har Per vært mye mer på dagsenteret, han trives der og liker flere av aktivitetene i den lille gruppen. Siden alt fungerer så bra nå, blir de enige om å fortsette med alle tiltakene, uten å endre noe.

## Evalueringer skal løse problemer

Noen ville kanskje tenkt at når Per hadde vært så mye mer på dagsenteret, kunne lederen slutte å sende meldinger og de ansatte i bofellesskapet slutte å følge til bussen. Det er ikke sikkert det hadde gått så bra.

Når planer skal evalueres er det viktig å se på hva som fungerer bra. *Det skal ikke endres!* Ofte tenker vi at nå går det så fint at nå kan vi ta bort den tilretteleggingen som gjør at det fungerer – og så går ting ofte ikke så bra igjen. Hvis noe fungerer bra er det ofte lurt å fortsette med det! Kanskje ikke i all evighet, men i alle fall til vi er helt sikre på at det ikke er nødvendig lenger.

Det er også viktig å se på det som ikke fungerer, og finne ut *hvorfor* det ikke fungerer. Hva, helt nøyaktig, er det som ikke virker? Er målet for stort, for lite, er det feil mål eller feil tiltak eller er det praktiske forhold som gjør at det blir vanskelig? Noen ganger må målet endres helt, andre ganger holder det å bare justere litt på utformingen.

# Taushetsplikt

Alle ansatte i helsevesen og sosiale tjenester har taushetsplikt og har ikke lov å fortelle andre det de vet om pasientene. Men, når flere hjelpere skal samarbeide, er de helt nødt til å snakke med hverandre for å få et godt resultat. Når man skal begynne arbeidet med en IP, må du som eier planen derfor vanligvis signere på et skjema som sier at du godtar at de som er med på planen samarbeider om denne, uten å bli hindret av taushetsplikten.

Du kan selv bestemme hvem som skal være med på arbeidet med din plan, og dermed hvem som skal kunne snakke sammen. Samtykkeskjemaet skal presisere hvem opplysningene skal deles med. Hvis gruppen endres, og andre skal være med på planen, må du gi ny godkjenning til fritak for taushetsplikt.



Det må også avtales hvilke opplysninger som skal deles, og hvilke opplysninger du ikke ønsker at skal deles. Selv om hjelperne får lov til å snakke sammen om det som er nødvendig for å gi deg et godt tilbud, behøver de ikke å snakke sammen om alt. Du kan gi beskjed om at noen tema ikke skal være fritatt taushetsplikt.

Det skal også avtales hva opplysningene skal brukes til, og du skal ha informasjon om hvilke konsekvenser det kan få at opplysningene deles.

Pasienten (eventuelt den som samtykker på vegne av pasienten) kan når som helst trekke samtykket til fritagelse fra taushetsplikt tilbake. Men, da kan det selvfølgelig bli vanskelig eller umulig for hjelperne å samarbeide om en plan.



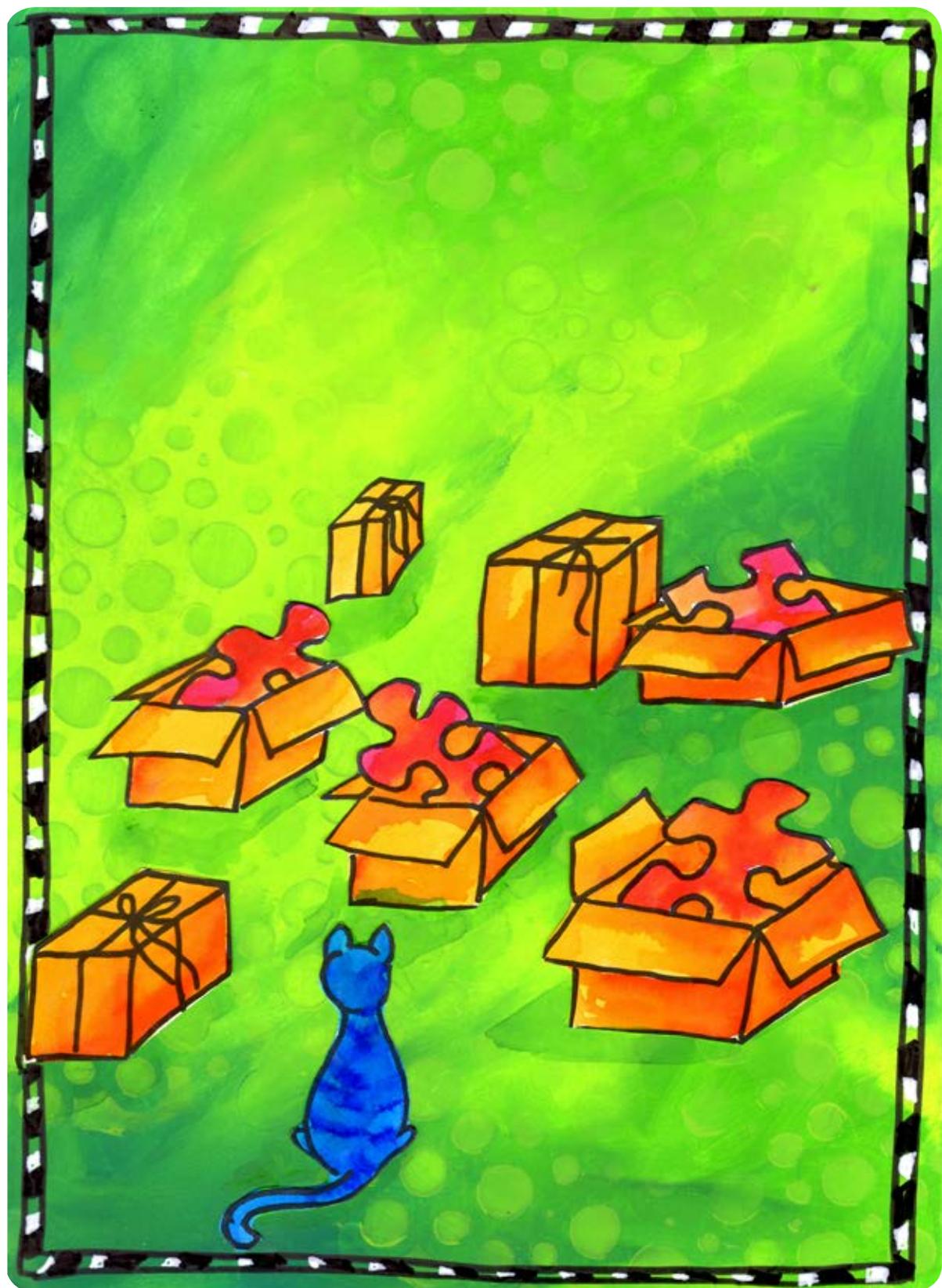
## Eksempel: Charlotte og taushetsplikten

Hilde opplever at Charlotte trenger mye mer hjelp enn det hun får i dag, og Charlotte er enig i det. Hun får hjelp til å bytte til en ny fastlege, som holder til nærmere der hun bor nå, og han henviser henne på nytt til behandling ved DPS. I samarbeid med Charlotte tar Hilde også kontakt med psykiatrisk team i kommunen og skolen Charlotte går på, for å gi henne mer støtte i hverdagen og hjelpe henne tilbake på skolen.

Selv om Charlotte synes det er vanskelig å stole på andre, får hun litt bedre kontakt med Berit, den nye terapeuten på DPS. Etter hvert klarer Charlotte å snakke med Berit om mye som er vanskelig – både ting hun er redd for i dag og vonde ting hun har opplevd tidligere. Hun forteller også om ting hun selv har gjort, som hun skammer seg mye over. Hilde sier at det er viktig at Berit blir med i ansvarsgruppen, siden hun er den som kjenner Charlotte best, men Charlotte er skeptisk. Hun er redd Berit skal fortelle ting hun ikke vil andre skal vite, og hun er også redd for at hvis Berit får høre hva de andre, særlig skolen, sier om henne, vil hun ikke like henne lenger. Samtidig ser hun at Berit nok kunne si en del viktige ting og kanskje også gjøre planen bedre.

Charlotte og Berit snakker grundig om dette og blir enige om hva Berit har lov til å si til de andre og hva som skal bli mellom dem. Det blir noen misforståelser underveis, hvor Charlotte er irritert fordi Berit enten er alt for taus, eller sier litt for mye, men de finner ut av det etter hvert, og Charlotte opplever at selv om Berit ikke er perfekt, og det oppstår misforståelser, så sier hun aldri ting som det er *veldig* viktig at hun ikke skal si. Og hun liker ikke Charlotte mindre selv om hun får høre mer av hva de andre sier – tvert imot kan hun av og til forsvare Charlotte mot kritikk fra skolen.





## Taushetsplikt er viktig!

Eksempelet over er et eksempel på hvordan det skal være i et godt samarbeid. Det er klare avtaler for hvem som skal vite hva, avtalene blir holdt uten for store glipp, og det meste går greit.

Dessverre er det ikke alltid slik i praksis. Hvis du opplever at det blir delt opplysninger som det ikke er nødvendig å dele, eller som dere har avtalt at ikke skal bli delt, bør du ta opp dette med den det gjelder, og/eller med koordinator. Det kan skyldes misforståelser som lett kan rettes opp i, men hvis det ikke skjer, har du rett til å klage. Taushetsplikten skal tas alvorlig, og selv om det er helt nødvendig å snakke sammen for å lage en god plan, skal den som eier planen ha kontroll på hva som deles, og med hvem.



# Hvordan får jeg en IP?

I de aller fleste tilfeller er det kommunen som har ansvaret for å oppnevne en koordinator og starte arbeidet med en IP. Hvis du har tjenester fra spesialisthelsetjenesten (for eksempel BUP eller DPS), har spesialisthelsetjenesten også plikt til å være med i arbeidet med å lage og følge opp en IP, selv om koordinatoren er i kommunen.

Alle helsearbeidere, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, har plikt til å gi informasjon om IP, til å vurdere behov for IP og til å gi deg flere opplysninger om hvordan du kan få en plan.



RETT

TIL Å

KLAGE!



## Klage på IP

Som tidligere nevnt har alle pasienter med behov for varige og sammensatte tjenester *rett* til en IP. Hvis du får avslag når du ber om en plan, har du rett til å klage.

Helsearbeidere har plikt til å gi deg informasjon om hvordan du klager, og også plikt til å hjelpe deg å klage. Du kan klage på at du ikke har fått plan, eller på at planen ikke blir vedlikeholdt og evaluert.

Men, at noe står på planen gir deg ikke automatisk rett til tjenester du ellers ikke ville hatt rett på. Du kan derfor ikke sende en generell klage på at ikke alt som står på planen er gjennomført.

Hvis du mener at du *har* rett på en tjeneste som du ikke får (for eksempel behandling, bemannet bolig eller annet), må du søke spesielt om dette. Hvis du får avslag på denne konkrete tjenesten, kan du så klage på det vedtaket.



# Koordinator

Alle som har rett på en IP har også rett på en koordinator. Koordinatoren har hovedansvaret for å lage og følge opp planen sammen med den som eier planen (og eventuelt også pårørende).

Men, selv om du ikke ønsker en IP, har du likevel rett til en koordinator som kan samordne de ulike tilbudene du får.

De fleste koordinatorene er ansatt i kommunen, men hvis du har lengre opphold i spesialisthelsetjenesten, og det er viktig med koordinering av dette oppholdet, kan du ha rett på en koordinator i spesialisthelsetjenesten så lenge du mottar tilbud derfra.

Alt helsepersonell, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, har plikt til å informere deg om retten til koordinator og om de ulike koordinatorene som finnes. Du kan også lese mer om koordinatorene på Helsedirektoratet sine nettsider.

# Vil du vite mer?

I dette heftet har vi fokusert på behovet for individuell plan når man har langvarige psykiatriske diagnoser. Men, som sagt, retten til IP er ikke knyttet til bestemte diagnoser og gjelder også for personer med fysiske sykdommer, og selvfølgelig også for personer som har både somatiske og psykiatriske diagnoser.

Dette heftet er også en enkel fremstilling, og det er mange detaljer som ikke er med her!

Hvis du vil vite mer, kan du lese Helsedirektoratets veileder om IP – den ligger også på nett. Du kan også spørre helsepersonell om råd – de har plikt til å gi deg veiledning om IP. Hvis du er usikker, kan du for eksempel ta med dette heftet, og be om at dere snakker sammen om hva en IP er, og om det er noe du har rett på og kan ha nytte av!



**Å ha helseplager som varer lenge kan være veldig slitsomt.**

**Noen ganger kan det være nyttig å koordinere tjenestene gjennom en individuell plan.**

**I dette heftet beskriver vi hva en individuell plan er, hvem som har rett til individuell plan og hvordan du kan få den.**

Erfaringskompetanse.no 2017:1

ISSN: 1891-6163

ISBN: 978-82-93171-33-1

[www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)

