# Individuell plan for Røst

**Verktøy for planlegging og samhandling**

**Plan**

Individuell plan for: …………………………………………………………………………....

Planperiode fra og med: ……………………… til og med: ………………………………..





Nederst i skjemaet

ERKLÆRING OM SAMTYKKE TIL FRITAK FOR TAUSHETSPLIKT

*(jf. Helse og omsorgstjenesten § 2-1 jf. Helsepersonellovens §§ 21 flg. Forvaltningsloven § 13a)*

For at Røst kommune skal kunne gi deg et **best mulig og helhetlig tilbud**, er det nyttig at tjenesteyterne snakker sammen. Hvis du synes at det er greit, kan du skrive under på denne erklæringen og krysse av for hvem du vil gi tillatelse til å få innsyn i din situasjon.

**Jeg/vi samtykker i at nevnte og/eller avkryssede instanser kan samarbeide og utveksle informasjon seg i mellom, i forhold til følgende situasjon:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Navn**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **født** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kryss av for instanser som fritas for taushetsplikten seg i denne saken:**

Skole Legekontor

Pedagogisk Psykologisk tjeneste  Hjemmesykepleie

Skolehelsetjeneste/helsestasjon Sykehjem

 Barnehage Psykiatritjenesten

Barneverntjeneste Helsesøster

Fritidsklubb, evt. andre fritidstilbud Spesialhelsetjeneste

Politi Somatikk

Arbeids- og velferdsforvaltnigen (NAV) Psykiatri

Samhandlingskoordinator-rus Fastlege

Pårørende

Andre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Samtykket gjelder for perioden **fra \_\_\_\_\_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Samtykket kan helt eller delvis trekkes tilbake når som helst.

Pårørende (trenger ikke være slekt): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hvem ønsker du skal kontaktes i en krisesituasjon (trenger ikke være pårørende): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sted**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Dato**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Underskrift Underskrift Underskrift**

Samtykker Verge eller annen foresatt Ungdom over 15 år

**Individuell plan for** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . *Født: . . . . . . . . . . . . . .*

*Sted, dato og underskrift:………………………………………………………………………………………………*

*Adresse: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Telefon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Planen gjelder fra (dato): . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . til:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

***Alle andre deltakere/instanser i planarbeidet:***

*Sted, dato:………………………………………………………………………………………………*

*Navn:………………. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Oppgave:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Arbeidssted: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Adresse: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Telefon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . E-post:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Navn: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Oppgave:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Arbeidssted: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Adresse: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Telefon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . E-post:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Navn: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Oppgave:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Arbeidssted: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Adresse: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Telefon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . E-post:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Navn: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Oppgave:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Arbeidssted: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Adresse: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Telefon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . E-post:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

***Nærmeste pårørende:***

*Navn: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Relasjon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Arbeidssted: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Adresse: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Telefon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . E-post:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Deltar i planarbeidet: Ja /Nei*

*Skal pårørende kontaktes ved evt. Krise? Ja /Nei*

*Hvis Nei, hvem skal kontaktes: ………………………………………………………………………*

**A. Hjem og dagligliv Sted: Dato:**

**Beskriv behov i hjem og dagligliv pr. dags dato:**

**Brukers behov, delmål og mål:**

**Hva skal bruker bidra med for å nå målene?**

**Hva skal andre bidra med for at bruker skal nå målene?**

**Emner man kan si noe om:**

Skaffe sted å bo, utbedring og vedlikehold av eksisterende bolig, stell av hus, matlaging, hygiene, på-/avkledning, spising, mestre å bo alene, mobilitet (innendørs/utendørs)

transport

**Andre som skal kontaktes: Hvem kontakter:**

**Annet**/**kommentarer:**

**Neste møte/evaluering:**

**B. Arbeid og aktivitet Sted: Dato:**

**Beskriv behov i arbeid og aktivitet pr. dags dato:**

**Brukers behov, delmål og mål:**

**Hva skal bruker bidra med for å nå målene?**

**Hva skal andre bidra med for at bruker skal nå målene?:**

**Emner man kan si noe om:** Arbeid, aktivitet, utdanning, dagtilbud

**Andre som skal kontaktes: Hvem kontakter:**

**Annet**/**kommentarer:**

**Neste møte/evaluering:**

**C. Sosialt fellesskap Sted: Dato:**

**Beskriv behov i sosialt fellesskap pr. dags dato:**

**Brukers behov, delmål og mål:**

**Hva skal bruker bidra med for å nå målene?:**

**Hva skal andre bidra med for at bruker skal nå målene?:**

**Emner man kan si noe om:** Etablere nettverk, støtte til nettverket, konfliktløsning i forhold til nettverket, kulturaktiviteter, fritid/rekreasjon/ferie, fysisk aktivitet, hobby

**Andre som skal kontaktes: Hvem kontakter:**

**Annet**/**Kommentarer:**

**Neste møte/evaluering:**

**D. Helse Sted: Dato:**

**Beskriv helsebehov pr. dags dato:**

**Brukers behov, delmål og mål:**

**Hva skal bruker bidra med for å nå målene?:**

**Hva skal andre bidra med for at bruker skal nå målene?:**

**Emner man kan si noe om:** Psykisk helse, fysisk helse, rusproblemer

**Andre som skal kontaktes: Hvem kontakter:**

**Annet**/**kommentarer:**

**Neste møte/evaluering:**

**E. Økonomi Sted: Dato:**

**Beskriv behov for økonomisk bistand pr. dags dato:**

**Brukers behov, delmål og mål:**

**Hva skal bruker bidra med for å nå målene?**

**Hva skal andre bidra med for at bruker skal nå målene?**

**Emner man kan si noe om:** Trygd, sosialhjelp, annen offentlig støtte, innkjøp, økonomistyring, håndtering av gjeld

**Andre som skal kontaktes: Hvem kontakter:**

**Annet**/**kommentarer:**

**Neste møte/evaluering:**

**PÅ DETTE SKJEMA SKAL HVER ENKELT INSTANS/BRUKER FYLLE UT SINE OPPGAVER INNENFOR HVERT TEMA OG LEGGE I INDIVIDUELL PLAN**

**Dette skjema kan også brukes alene, som en veldig forenklet IP, da må *alle* ansvarlige noteres på dette skjema, her ↓**

**ANSVARLIG: DATO:**

**Gjøre/mål innenfor:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Hjem og dagligliv**
 | **Ansvar:** |
| 1. **Arbeid og aktivitet**
 |  |
| 1. **Sosialt fellesskap**
 |  |
| 1. **Helse**
 |  |
| 1. **Økonomi**
 |  |

**Neste møte/evaluering:**

**Evaluering av mål/tiltak**

Dato for evaluering:

**Brukerens syn på egen og andres gjennomføring og måloppnåelse innenfor temaene, begrunn:**

Hjem og dagligliv:

Noe som kan gjøres bedre?

Arbeid og aktivitet:

Noe som kan gjøres bedre?

Sosialt fellesskap:

Noe som kan gjøres bedre?

Helse:

Noe som kan gjøres bedre?

Økonomi:

Noe som kan gjøres bedre?

Evaluering av innhold og omfang:

Noe som kan gjøres bedre?

**Fagpersonens evaluering på egen og brukers gjennomføring og måloppnåelse innenfor temaene:**

Navn på fagperson:

Hjem og dagligliv:

Noe som kan gjøres bedre?

Arbeid og aktivitet:

Noe som kan gjøres bedre?

Sosialt fellesskap:

Noe som kan gjøres bedre?

Helse:

Noe som kan gjøres bedre?

Økonomi:

Evaluering av innhold og omfang:

Noe som kan gjøres bedre?

**Brukerens** og **fagpersonens** konklusjon på evalueringen: Noter bak på ark →

**Og si også noe om:**

* **§2 i forskrift om IP.**

**Er tjenesten til brukeren blitt mer helhetlig, bedre koordinert og bedre individuelt tilpasset? Er tiltakene tilpasset brukerens ressurser og behov? Er samhandlingen mellom brukeren og fagpersonene og mellom de ulike fagpersonene blitt bedre? Er brukermedvirkning ivaretatt? Er brukeren fornøyd?**

**(SINTEF Helse med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet)**