

***Þjónustuferillinn –
frá umsókn til þjónustu.***

Hvað þarf að hafa í huga?

desember 2012

Þór Garðar Þórarinsson



Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

- Atriði til umfjöllunar:
- Hver er markhópurinn – hver eru helstu markmið og skilgreiningar?
- Hvernig er sótt um þjónustu?
- Hvert er verklag við sérstakan stuðning og mat á þjónustu?
- Hvaða samningsform eru í boði?
- Hvernig skal unnið að einstaklingsbundnum þjónustuáætlunum?
- Hver er tímaspönn einstakra verkþátta?
- Hvernig verður staðið að endurmati og eftirliti?
- Næstu skref.



Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

Hver er markhópurinn?

- Reglugerð þessi tekur til félagslegrar þjónustu og sérstaks stuðnings við fatlað fólk, 18 ára og eldra, sem hefur þörf fyrir slíka þjónustu á heimili sínu.
 - **Skýring/árétting:**
 - Félagssleg þjónusta og sérstakur stuðningur.
 - Fatlað fólk 18 ára og eldra.
 - Þörf fyrir almenna og sértæka þjónustu á heimili sínu.



Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

- **Hver eru helstu markmið og skilgreiningar:**
- Að fatlað fólk fái félagslega þjónustu og sérstakan stuðning til þess að geta búið þannig að sem **best henti hverjum og einum**. Skal tekið mið af óskum, aðstæðum og þörf fyrir þjónustu. Fylgt skal þeirri meginreglu **að fólk eigi val** um hvernig það býr, enda sé það í samræmi við það sem almennt tíðkast.
- **Skýring/árétting:**
 - Það sem best hentar í samræmi við óskir, aðstæður og þörf.
 - Fylgt skal þeirri reglu að fólk eigi val um það hvernig það býr og taki mið af því sem almennt gerist.



Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

- Þjónustan skal vera **einstaklingsbundin, heildstæð og sveigjanleg**. Skal hún veitt með það að markmiði að efla vald fólks yfir aðstæðum sínum og lífi, styrkja sjálfsmynd þess, sjálfstraust, félagslega stöðu, sjálfsvirðingu og lífsgæði.
- **Skýring/árétting:**
 - Viðmið þegar boðið er upp á þjónustu:
 - Er hún líkleg til að efla vald umsækjenda yfir aðstæðum sínum – hvernig?
 - Er hún líklegt til að styrkja sjálfsmynd – hvernig?
 - Er þjónustan líkleg til þess að efla sjálfstraust- hvernig?
 - Er þjónustan líkleg til þess að efla sjálfsvirðingu – hvernig?
 - Er líklegt að lífsgæði aukist – hvernig?
 - Hvar eru viðmiðin sett og rökstudd og er það gert í samvinnu við umsækjanda?



Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

- **Helstu skilgreiningar:**
- *Einstaklingsbundin þjónustuáætlun:* Áætlun um framkvæmd fjölþættrar þjónustu þar sem tiltekin eru markmið áætlunarinnar og leiðir, hverjir séu samstarfsaðilar og hverjir beri ábyrgð á að koma áætluninni í framkvæmd.
- *Sérstakur stuðningur:* Frekari liðveisla, þ.e. margháttuð aðstoð við athafnir daglegs lífs sem tekur meðal annars mið af einstaklingsbundnum þörfum fólks með hliðsjón af óskum þess eða aðstandanda.
- *Sértækt húsnæðisúrræði:* Íbúðarhúsnæði sem gert hefur verið aðgengilegt fyrir tiltekna notkun eða skilgreint sérstaklega fyrir tiltekinn hóp fatlaðs fólks.
- *Almennt sameiginlegt rými:* Rými í íbúðarhúsnæði, utan einkarýmis, sem fleiri en einn íbúi hefur aðgang að.
- *Aukarými vegna fötlunar:* Rými í íbúðarhúsnæði, umfram það sem almennt er í fjölbýlishúsum, en er nauðsynlegt vegna fötlunar íbúa.
- *Íbúasjóður:* Sjóður íbúa sem stendur straum af sameiginlegum útgjöldum við heimilisrekstur.



Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

Hvernig er sótt um þjónustu?:

- Sé niðurstaða matsins sú að **þörf umsækjanda fyrir þjónustu sé önnur eða víðtækari** en veitt er samkvæmt lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga skal **teymi fagfólks** meta sérstaka stuðningsþörf umsækjanda. Teymunum er ætlað að meta **heildstætt þörf þeirra** sem þurfa á þjónustu, sem veitt er á grundvelli laganna, að halda og hvernig, megi koma til móts við óskir þeirra. Við matið skal teymi fagfólks nota verklag og **viðmið** sem tryggja að stuðningsþörf sé metin með **samræmdum heildstæðum hætti á landsvísu** í samráði við umsækjendur og aðstandendur.
- **Skýring/árétting:**
 - Almennt mat á stuðningsþörf – hvaða mat er notað? - hvar er umsóknarferli lýst? - er þjónustan aðgengileg á auðlesnu máli?
 - Hvenær sleppir almennum viðmiði og sértæka viðmiði tekur við?
 - Er metin þörf fyrir unnar vinnustundir almennt eða..?
 - Hvað þýðir það að gert sé heildstætt mat og það samræmt á landsvísu?
 - Hvað þýði teymi fagfólks?



Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

- **frh.skýring/árétting:** Teymi fagfólks sem getur metið heildstætt og samræmt á landsvísu er samsett af fulltrúa velferðarráðuneytis og Jöfnunarsjóðs (GRR annast framkvæmd SIS mats) einum eða fleiri sérfræðingum sem starfa hjá viðkomandi þjónustusvæði – auk þess koma að matinu þeir aðilar sem annast þjónustu við umsækjandann – þeir sem til hans þekkja auk persónulegs talsmanns.
 - Þessu til viðbótar er leita svara við því hvað viðkomandi þarf margar vinnustundir til þess að markmiðum sé náð.
 - Þjónustuaðili tekur ákvörðun um fjölda vinnustunda í samráði við umsækjendur eða aðstandendur.



Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

- Hvaða samningsform eru í boði?:
 - **A. Samningur umsækjanda og þjónustuaðila þar sem m.a. kemur fram:**
 - Ábyrgð og skyldur aðila.
 - Umfang og innihald þjónustunnar sem veita á.
 - Ákvæði um íbúasjóð sé um slíkt að ræða.



Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

– B. Einstaklingsbundin þjónustuáætlun

- **Fatlað fólk sem hefur þörf fyrir viðvarandi og fjölbreytilegan stuðning á rétt á að gerð sé einstaklingsbundin þjónustuáætlun fyrir það.** Gerð slíkrar áætlunar skal vera á ábyrgð þeirra sem sjá um framkvæmd þjónustunnar.
- **Þjónustuáætlunin felur í sér skýr markmið** sem vinna skal að með því að veita stuðning og samhæfa úrræði mismunandi þjónustuaðila, þar á meðal félagsþjónustu, heilbrigðisþjónustu og annarra aðila, svo sem á sviði menntunar, atvinnu og tómstunda.
- **Þjónustuáætlunin lýsir því hver ber ábyrgð á því að tilteknum verkþáttum í áætluninni sé framfylgt ásamt upplýsingum um þann tíma sem einstökum [stuðningsþáttum er ætlaður.](#)**



Veileder

15-1253

INDIVIDUELL PLAN 2010

Veileder til forskrift om individuell plan



Forord

I 2002 ga Sosial- og helsedirektoratet ut den første veilederen for individuell plan. Veilederen skulle utfylle bestemmelsene i forskrift om individuell plan etter helselovgivningen (heretter kalt forskrift om individuell plan). Den gangen var forskriftens lovgrunnlag bare å finne i helselovgivningen. I 2003 ble lovgrunnlaget utvidet til å inkludere også tjenester etter sosialtjenesteloven. Ny forskrift om individuell plan trådte i kraft 1. januar 2005. Denne utgaven av veilederen er justert og oppdatert mot endringer i gjeldende lovverk, forskrifter og rundskriv pr 01.01.2010. Veilederen skal være et hjelpemiddel i arbeidet med individuell planlegging. Den retter seg primært til alle ansatte i helseforetakene og kommunens helse- og sosialtjeneste som yter tjenester til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Veilederen kan også være nyttig for tjenestemottakere, pårørende og deres interesseorganisasjoner.

Det foreligger også en brosjyre som gir en kortfattet innføring om retten til individuell plan.
(Bestillingsnummer IS-1292.)

For at tjenestetilbudet skal bli godt for den enkelte, er det avgjørende at det er tjenestemottakerens egne behov som legges til grunn når planen utformes og følges opp i praksis. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Planen skal sikre at den enkeltes behov for tjenester skal styre utformingen og iverksettingen.

I prosessen med å utarbeide den opprinnelige veilederen har vi drøftet innholdet med aktuelle fagpersoner og representanter for tjenestemottakernes organisasjoner.

Vi håper veilederen vil være til nytte i arbeidet med å utvikle og følge opp arbeidet med individuell plan, til glede både for tjenestemottakere og tjenesteutøvere. Vi takker alle som har bidratt til innholdet i veilederen.

Vedlegg 1 Forskrift om individuell plan med merknader

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 23. desember 2004 med hjemmel i lov 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-2a, lov 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m m § 2-5 og lov 2. juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1, jf. kgl. res. av 19. desember 2001 og lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. § 4-3a. Endret ved forskrift 15. desember 2006 nr. 1425.

§ 1 Virkeområde

Forskriften gjelder individuelle planer som skal utarbeides etter bestemmelser gitt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a.

§ 2 Formål

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er:

- å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,
- å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov,
- å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

§ 3 Definisjon

I forskriften her menes med tjenestemottaker: pasient: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav a og / eller en person som henvender seg til sosialtjenesten med anmodning om sosiale tjenester, eller som sosialtjenesten gir eller tilbyr sosiale tjenester i det enkelte tilfelle.

§ 4 Tjenestemottakerens rettigheter

Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning tjenestemottakeren og pårørende ønsker det. Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Den individuelle planen gir ikke tjenestemottakeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

Vedlegg 2 Eksempel på samtykkeerklæring

SAMTYKKE TIL UTVEKSLING AV OPPLYSNINGER

De som deltar i arbeidet med min individuelle plan kan utveksle opplysninger om meg og min sak i samsvar med punktene nedenfor:

- Jeg skal få informasjon om hvilke opplysninger som ønskes
- Jeg kan nekte utveksling av opplysninger om nærmere bestemte forhold, eller fra nærmere bestemte fagmiljø
- Jeg kan nekte at enkeltpersoner får bestemte opplysninger
- Jeg skal få vite hvordan opplysningene skal brukes
- Det skal aldri utveksles flere opplysninger enn nødvendig for det faglige samarbeidet
- Jeg kan når som helst trekke samtykket tilbake.
- Jeg er kjent med de konsekvenser begrensninger på informasjon kan ha for arbeidet med min individuelle plan og for tjenestetilbudet til meg.

Lovbestemmelser om taushetsplikt

Forvaltningsloven § 13 til 13e Pasientrettighetsloven § 3-6 Helsepersonelloven kapittel 5 § 21 – 25

Lov om sosiale tjenester § 8 – 8 Opplæringsloven § 5.4 og § 15.4 Folketrygdloven § 21-9, § 25-10 og § 25-11.

Samtykket gjelder fra _____ til _____ I planen skal det ikke skrives noe jeg ikke har godkjent på forhånd.

Andre merknader:

INDIVIDUELL PLAN

Navn:		Født:	Adresse:
Dato/Rev.dato:	Koordinator:		Planperiode:
OVERORDNET MÅLSETTING:			

MÅL	STATUS	TILTAK OG HYPPIGHET	DATO Oppstart	ANSVARLIG <i>Instans/person</i>	DATO Evaluering

Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

- **Ferill þjónustu í tíma:**
 - **1. Grunnmat sbr. 4. gr.**
 - a. Sveitarfélagið hefur 8 vikur eftir móttöku umsóknar til að meta fyrirbyggjandi gögn, kalla eftir viðbótargögnum, kalla umsækjendur til viðtals og taka saman niðurstöður.
 - b. Sveitarfélagið hefur 4 vikur til að kynna niðurstöður fyrir umsækjanda.
 - c. Athuga frumkvæðisskyldu.
 - **2. Mat á sérstakri stuðningsþörf sbr. 5 gr.**

Sveitarfélagið/teymi fagfólks hefur 9 vikur til að meta sérstaka stuðningsþörf og upplýsa umsækjendur/notendur um niðurstöður.

 - **Undantekning** þegar um er að ræða stuðningsþarfir sem eru óvenjulegar. (4 vikur ath. leiðbeining).
 - **3. Samningur um þjónustu sbr.6 gr.**

Samningur milli sveitarfélags og umsækjanda liggur fyrir 12 mánuðum eftir að umsókn berst sveitarfélagi.



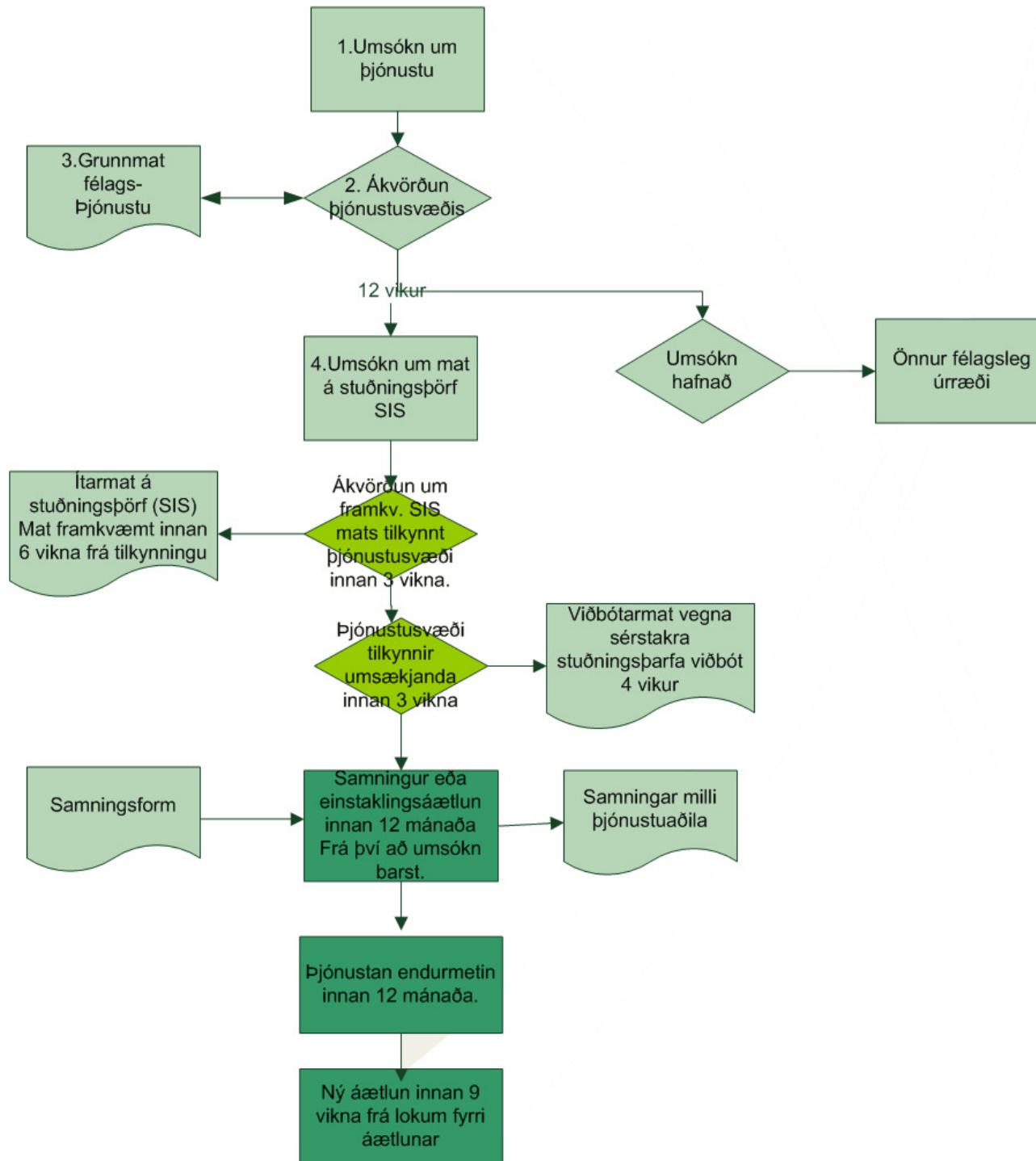
Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

- **Ferill þjónustu í tíma:**

- **4. Ný áætlun sbr. 9. gr.**

Sé það mat þess sem notar þjónustu og þjónustuaðila að þörf sé á nýrri áætlun skal hún gerð eigi síðar en þremur mánuðum frá fyrri áætlun.





Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

- **Endurmat og eftirlit sbr. 9. gr.**
- Reglulegt eftirlit skal haft með þeirri þjónustu sem veitt er samkvæmt reglugerð þessari, svo sem með gæðamati og könnun meðal þeirra sem njóta þjónustunnar.
- Nákvæm leiðsögn um framkvæmd þessa eftirlits skal tryggð og samræmd fyrir landið.
- Velferðarráðuneytið setur starfsreglur, í samráði við Samband íslenskra sveitarfélaga og hagsmunasamtök, um árlegt innra og ytra eftirlit, fyrirkomulag þess og hversu oft eftirlitið fer fram. Innra eftirlit er á ábyrgð og kostnað þjónustuaðila. Ytra eftirlit er á ábyrgð og kostnað velferðarráðuneytis.



Þjónusta við fatlað fólk á heimili sínu

- **Næstu skref:**

- Leiðbeiningar um framkvæmd reglugerðar 1054/2010. Lokið 1. maí 2013.
- Endurskoðun 16. gr. reglugerðar 1054/2010. Lokið 1. mars 2013.
- Samræmt sniðmát með leiðbeiningum um einstaklingsáætlanir og gerð þeirra. Lokið 1. maí 2013.
- Starfsreglur um árlegt innra og ytra eftirlit. Lokið 1. júní 2013.



Takk fyrir

