

1. Hensikt og omfang

"**Individuell plan** (heretter IP) er en plan som pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet. Planen skal sikre at ulike tjenester samordnes og blir vurdert i sammenheng, noe som skal bidra til at pasienten opplever tilbudet som helhetlig og sammenhengende."

Målgruppe for nivå 1 prosedyre

Ledere og helsepersonell på kliniske avdelinger ved Oslo universitetssykehus.

Hvilke pasientgrupper skal omfattes av dette?

Prosedyren omfatter alle pasienter ved Oslo universitetssykehus som oppfyller vilkårene for individuell plan.

2. Ansvar

Koordinator:

Ny lovgivning og tilhørende hjemler legger ansvaret for utarbeidelse av IP hos *koordinator*.

Dette innebærer at koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre at vedkommende får tilbud om IP hvis vilkårene om behovet for langvarige og koordinerte tjenester, etter helse- og omsorgstjenesteloven, er oppfylt. Koordinator skal sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med IP (jf. *Forskrift om individuell plan* § 4b). Koordinatorrollen innebærer blant annet å være kontaktperson og ha ansvar for å følge opp innspill fra tjenestemottaker og pårørende. Det er viktig å merke seg at koordinator har hovedansvar, men ikke eneansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Koordinator har også en viktig rolle i samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten slik at pasienten eller brukeren får et sømløst tilbud.

Det er avdelingen som har kontakt med pasienten som har ansvar for å igangsette prosessen med IP.

I følge forskriftens § 4b, tredje ledd, bør koordinatoren være en lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.

Kontaktlege:

Koordinerende enhet:

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har det overordnede ansvaret for individuell plan. Med overordnet ansvar menes ansvar for å kvalitetssikre rutiner for utarbeidelse av IP. I forskrift om habilitering og rehabilitering, foreslås det i § 13, at det i hvert helseforetak i spesialisthelsetjenesten skal finnes en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og at denne enheten skal ha overordnet ansvar for IP. Enheten skal også ha ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Koordinerende enhet skal være oppdatert om endringer i lover- og forskrifter knyttet til individuell plan og videreformidle dette. Koordinerende enhet er ansvarlig for opplæring/ informasjon om individuell plan til de klinikkene/avdelingene/seksjonene som ønsker dette.

Koordinerende enhet skal:

- bidra til å sikre helhetlige tilbud til pasienter med behov for habilitering og rehabilitering
- ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunens helse- og omsorgstjeneste
- ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator

(Jf. *Forskrift om habilitering og rehabilitering* § 8)

3. Fremgangsmåte

Utføres av	Fremgangsmåte
1. Avklaring	
Avdeling hvor pasienten er innlagt	• Pasienten (evt pårørende/foreldre) skal spørres så tidlig som mulig i kontakten, senest ved utskrivning, om hun/han ønsker individuell plan • Vurderer om pasienten har rett til individuell plan (IP) • Avklarer med pasienten om hun/han allerede har eller ønsker bistand til å få utarbeidet en IP
2. Når pasienten har individuell plan	
Avdeling hvor pasienten er innlagt	• Journalfører at pasienten har IP • Viderefører IP • Tar kontakt med pasientens kommunale koordinator for IP under opphold og ved utskrivelse • Sørger for nødvendig informasjon fra aktuelle fagpersoner til koordinator i pasientens hjemkommune
3. Når pasienten ikke har individuell plan	
Avdeling hvor pasienten er innlagt	• Gir pasienten informasjon om at han/hun har rett til IP • Innhenter skriftlig samtykke fra pasienten • Utpeker midlertidig koordinator i sykehuset • Starter arbeidet med IP • Tar kontakt med pasientens hjemkommune for å melde behov for IP • IP er pasientens dokument og følger pasienten. Epikrise og andre aktuelle rapporter sendes til pasientens hjemkommune • Legger kopi av IP inn i pasientens journal

Det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt pasient.

Før en starter må pasienten samtykke. Dette skal dokumenteres i pasientjournalen. Det skal ligge et eget samtykkeskjema i pasientens journal. Dersom det ikke foreligger, skal samtykkeskjema skannes inn.

Pårørende har rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren, dersom pasienten selv ikke har samtykkekompetanse. Representert samtykke fra nærmeste pårørende kan legges til grunn som pasientens eget med mindre det er grunn til å tro at dette ikke gis for å ivareta pasientens beste interesser. Dette må vurderes individuelt.

Dokumentasjon

Ved opprettelse av IP skannes denne inn i journalen. Pasienten beholder originalen. Dersom pasienten bringer med seg IP ved for eksempel konsultasjon på sykehus, skannes denne inn i journalen. Det skrives inn i elektronisk pasientjournal status i forhold til opprettelse av IP.

Klageadgang

En pasient eller bruker som ikke får rett til individuell plan kan, etter først å ha anmodet helsetjenesten (helseforetaket) om å få slik, klage til Fylkesmannen. Se pasientrettighetsloven §§ 7-1 og 7-2.

Innholdet i en IP – konkret

Planen skal inneholde følgende hovedpunkter (jf *Forskrift om individuell plan* § 7):

- a. en oversikt over pasienten og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
- b. en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c. en angivelse av hvem som er koordinator
- d. en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og evt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- e. en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- f. en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g. en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h. pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i. en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater

Under utarbeidelse av planen må det tas hensyn til pasientens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

4. Definisjoner

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Individuell plan	Utskriftsdato: 23.10.2017
Dokumentansvarlig: Kjell Aasheim	Side 2 av 3

Langvarige tjenester: behovet må ha en viss varighet, men det kreves ikke at behovet skal være varig eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år.

Koordinerte tjenester: behovet må gjelde to eller flere helse- og omsorgstjenester, det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene bør sees i sammenheng.

5. Referanser

- [Samhandlingsreformen; St.meld. nr. 47 \(2008-2009\), Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid](#)
- [Nasjonal helse- og omsorgsplan \(2011-2015\); St.meld. nr. 16 \(2010-2011\)](#)
- [Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#)
- [Forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen](#)
- [Forskrift om habilitering og rehabilitering](#)
- Individuell plan – informasjon fra Helse Sør-Øst
- [Rundskriv I-3/2004: Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan](#)
- [Rundskriv I-5/2008: Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning, kapittel 4.4 Individuell plan og ansvarsgrupper](#)

Andre eHåndboksdokumenter

-  [Individuell plan \(IP\) - Samtykkeerklæring](#)
-  [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Hdir](#)