

Kategori: Pasientbehandling/Pasientadministrasjon/Administrative rutiner	Gyldig fra/til: 08.02.2023/08.02.2026
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Pasientbehandling	Versjon: 12.00
Godkjenner: Edith Victoria Lunde	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Edith Victoria Lunde	Dok.id: D30343

1. Formål (1,2,3)

Sikre at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester får tilbud om IP i samsvar med gjeldende regelverk.

2. Omfang (4)

Retningslinjene gjelder for alle enheter med klinisk virksomhet i Helse Bergen, både dag-, døgn-, poliklinisk og ambulant behandling

3. Ansvar (4)

Koordinerende enhet har ansvar for at det foreligger et system med overordnet retningslinje for individuell plan i Helse Bergen. Nivå 2 lederne har ansvar for at retningslinjen gjennomføres.

4. Oversikt over planprosessen (4)

Kan brukes som sjekklister. For utfyllende informasjon om oppgaver og ansvar, se pkt.7.

- a. Vurdere behov for langvarige og koordinerte tjenester (behandlende helsepersonell).
- b. Sjekke om vedkommende allerede har en individuell plan og/eller koordinator/ i spesialisthelsetjenesten (behandlende helsepersonell).
- c. Informere om retten til og målet med individuell plan, og innhente samtykke til å kontakte kommunen (helsepersonell som avdekker behovet for IP).
- d. Tilby og eventuelt peke ut koordinator i spesialisthelsetjenesten (enhetsleder, se retningslinje for koordinator i HB).
- e. Innhente og dokumentere informert samtykke i pasientjournal til oppstart av arbeid med IP i spesialisthelsetjenesten (se fotnote 3) (koordinator).
- f. [Varsle pasienters behov for IP til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen](#) og bidra til at det blir tilbudt og oppnevnt en koordinator i kommunen (koordinator/ eller enhetsleder i de tilfeller der det ikke er/blir oppnevnt koordinator
- g. Delta i samarbeidsmøte mellom spesialisthelsetjenesten og kommune (koordinator/behandlende helsepersonell i de tilfeller der det ikke er/blir oppnevnt koordinator).
- h. Bidra med informasjon til koordinator i kommunen om pasienten si helsetilstand og funksjonsnivå (koordinator/behandlende helsepersonell).
- i. Ved behov skal koordinator i spesialisthelsetjenesten bidra til utforming av planen sammen med pasient og koordinator fra kommunen.

4.1 Når pasienten allerede har IP:

- a. Innhente IP (koordinator)
- b. Ved behov, ha jevnlig dialog med koordinator i kommunen¹
- c. Bidra med informasjon og dokumentasjon knyttet til helsetilstand og funksjonsnivå, særlig ved vesentlige endringer (koordinator).
- d. Så langt som mulig, ta hensyn til pasienten sin individuelle plan ved planlegging/tilpassing av det videre tjenestetilbudet (koordinator og behandlende helsepersonell)

¹ Innenfor rammene av taushetsplikten

5. Avklaring av begrep (1,2,3,4,12)

5.1 Individuell plan

"Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har [rett til å få utarbeidet individuell plan](#). Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende/verge skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende/verge ønsker det.

Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har vedkommende nærmeste pårørende eller verge, rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren.

Individuell plan kan beskrives både som et verktøy, i form av et planleggingsdokument, og en strukturert samarbeidsprosess. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Formålet i bestemmelsene om individuell plan og regelverket for dette gjelder uavhengig av hvilke verktøy for samhandling og nedtegning av plan en velger. Retten til individuell plan er teknologinøytral, og tjenestene må sikre verktøy som understøtter gode samarbeidsprosesser og forsvarlige tjenester.

Retten til individuell plan er ikke avgrenset til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering.

Tjenestemottakerens mål, ressurser og helhetlige behov for tjenester skal danne grunnlag for valg og prioritering av tiltak i planen. Individuell plan er en strukturert arbeidsprosess hvor tjenester fra ulike fag, nivåer og sektorer ses i sammenheng og innrettes slik at pasient og bruker kan bli i stand til å nå sine mål. Pasientens, brukerens og eventuelt pårørendes/verges medvirkning og innflytelse i planprosessen er derfor avgjørende».

Internasjonale studier omtaler IP og/eller Integrated care models tilsvarende (5, 6,7,8, 9,10,11). Sverige har SIP (Samordnad Individuell Plan) som er Sveriges begrep for IP (16,17,18).

5.2 Enhetsleder i spesialisthelsetjenesten

Hvem som skal inneha denne funksjonen i de ulike avdelingene og klinikkene i Helse Bergen er det opp til den enkelte nivå 2 leder i Helse Bergen å ta stilling til for sine enheter.

5.3 Koordinator i spesialisthelsetjenesten

Det finnes egen retningslinje for koordinator i Helse Bergen som omhandler oppnevning og hvilken rolle denne personen skal ha (se intern referanse).

5.4 Langvarige og koordinerte tjenester

- Langvarige: En viss varighet, men ikke noen minstetid (vurderes i sammenheng med punkt b).
- Koordinerte: To eller flere tjenester hvor det er behov for koordinering.
- Begrepene bør tolkes slik at man fanger opp de pasientene som har et reelt behov for IP.

6. Innhold i IP (3)

Forenklet kan man si at i en IP skal pasientens mål fremgå og hvilke tiltak som skal settes i verk for å nå målet, hvem som har ansvar for hvert enkelt tiltak og hvordan tiltakene skal utføres.

[Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester §9](#) sier hva IP skal inneholde.

7. Oppgaver og ansvar

7.1 Spesialisthelsetjenesten (1,2,3,4)

Spesialisthelsetjenesten² har plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, dersom pasienten ønsker og samtykker til utarbeiding av IP.

Spesialisthelsetjenesten skal dersom pasienten samtykker til det, snarest mulig varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste (dvs. pasienten har behov for tjenester både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven). Kommunen skal i slike tilfeller sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Spesialisthelsetjenesten skal medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

7.2 Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten (3,4)

Helsepersonell som avdekker behovet for IP, skal undersøke om pasienten eller den som kan samtykke på vegne av pasienten, samtykker³ til at det utarbeides IP.

Dersom pasienten ønsker en IP skal helsepersonellet snarest mulig gi melding om dette til enhetsleder.

7.3 Enhetsleder i spesialisthelsetjenesten (4)

- a. Enhetsleder i den enkelte kliniske avdeling har ansvar for å utarbeide nødvendige interne rutiner for å sikre at kravene om varsel til kommunen, dokumentasjon mv, blir fulgt opp. For eksempel er det enhetsleder sitt ansvar at det blir gitt melding om behov for individuell plan til kommunen, i de tilfeller der det ikke er/blir oppnevnt koordinator.
- b. Det er enhetsleder sitt ansvar å utpeke koordinator for individuell plan i spesialisthelsetjenesten (se Retningslinje for koordinator i Helse Bergen, pkt. 4.1)

7.4 Koordinator i spesialisthelsetjenesten (1,3,4,6)

- a. Skal undersøke om pasienten har behov for og samtykker til å få utarbeidet en individuell plan, og eventuelt informere pasient/pårørende om retten til og formålet med denne.
- b. Dersom vedkommende har IP, kan koordinator ta direkte kontakt med pasientens koordinator i kommunen.
- c. Dersom pasienten har behov for IP som omfatter tjenester både fra spesialist- og kommunens helse- og omsorgstjeneste, skal koordinator snarest mulig varsle den koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering (KE) i pasientens hjemkommune). Brevmal i «nytt dokument» skal brukes.

[Registrer og send melding om vurdert behov for individuell plan og koordinator](#)

Se regional rutine i DIPS Arena for å varsle KE i aktuell kommune:

² Kommunens helse- og omsorgstjeneste har tilsvarende plikt.

³ I de tilfeller der spesialisthelsetjenesten har ansvar for å utarbeide IP og koordinere planarbeidet må spesialisthelsetjenesten sørge for å innhente skriftlig samtykke til dette arbeidet fra pasienten/den som har rett til å samtykke på pasientens vegne. I de tilfellene hvor kommunen skal sørge for at IP blir utarbeidet og koordinert er det tilstrekkelig at spesialisthelsetjenesten dokumenterer i pasientjournalen at pasienten er informert om IP og at pasienten har samtykket til melding til kommunen om behov for IP og til at det utleveres informasjon (om hva og til hvem).

[Regional koordinerende enhet](#) har oppdatert informasjon om KE i alle kommunene i Helseregion Vest. Adressene ligger også i rekvisitregisteret i DIPS Arena.

- d. Ved behov, skal koordinator fra spesialisthelsetjenesten bistå kommunen sin koordinator i arbeidet med IP, og bidra med nødvendig dokumentasjon av helsetilstand og funksjonsnivå. Dette er særlig viktig ved endringer av helsetilstanden.
- e. For de pasientene som bare har behov for koordinerte spesialisthelsetjenester og ikke oppfølging fra kommunens helse- og omsorgstjeneste (for eksempel ved langvarig sykehusopphold), har koordinator ansvar for å sikre (bidra til) framdrift i arbeidet med individuell plan.
- f. Koordinator i spesialisthelsetjenesten skal journalføre opplysninger om individuell plan i pasientjournal. (DIPS Arena, pasientopplysninger):
 1. Ark fane «Andre opplysninger»: dokumenter om pasienten har behov/ikke behov for individuell plan. Vurderingsgrunnlag skal dokumenteres i journalnotat.
 2. Om pasienten oppfyller kriteriene for IP.
 3. Innhentet informert samtykke (se fotnote 3).
 4. Ark fane «Kontakter utenfor institusjon»: dokumenter navn og telefonnummer på de involverte i det individuelle planarbeidet.

7.5 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (1,4)

- a. Helseforetaket skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE), som skal ha det overordnede ansvaret for arbeidet med IP.
- b. KE i Helse Bergen HF skal ha oversikt på meldinger om behov for IP.
- c. KE i Helse Bergen sørger for at det blir utarbeidet rutiner og retningslinjer for IP i helseforetaket.
- d. KE i Helse Bergen arrangerer *Dialogforum* for koordinator og kontaktpersoner for KE som del av opplæringsansvaret. KE kan også bidra med opplæring/veiledning om IP og koordinator til enkeltavdelinger.
- e. KE i Helse Bergen er organisatorisk plassert i [Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering](#) ved ReHabiliteringsklinikken.

7.6 Om koordinerende enhet i kommune/koordinator i kommune (3,4,6,11,14)

KE i kommunen/koordinator skal sammen med pasient/bruker ta initiativ til samarbeidsmøte med relevante aktører fra begge nivå for planlegging og oppfølging av pasient/bruker. Møtet kan holdes før, under eller etter opphold i spesialisthelsetjenesten.

7.7 Plikt til samarbeid (1,3,4,5,7,9,10,12)

Dersom brukeren har behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og eventuelt fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten samarbeide med disse. Reglene om taushetsplikt skal legges til grunn.

8. Rett til å klage (12)

Helsepersonell har ansvar for å orientere pasienten eller den som representerer pasienten om retten til å klage på at IP ikke blir utarbeidet. Klageinstans er Statsforvalteren i Vestland. For regler om klage se [pasient- og brukerrettighetsloven §7-2](#). Klagen må være skriftlig.

9. Pasientinformasjon

<https://helsenorge.no/rettigheter/individuell-plan>

Eksterne referanser

1. Helsedirektoratet (2015), Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.
2. UpToDate (2015), Advance care planning and advance directives.
3. National Guideline Clearinghouse (2012), Advance care planning.
4. NICE Guidance (2015), Older people with social care needs and multiple long-term conditions (NG22).
5. Center for kliniske retningslinjer (DK 2013), *Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, med behov for hjelp til personlig pleje og/ eller praktisk hjelp i hverdagen.*
6. NICE Guidance (2012, last updated 2016), [Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management.](#)
7. Cochrane Library (2015), [Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions.](#)
8. Broad synthesis (2015), *Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review* A Systematic Literature review, Journal of the American Geriatrics Society, 64(1), e1-7.
9. Tenesteavtale 2 mellom kommunene i Helse Bergen sitt foretaksområde og Helse Bergen HF, mfl.
10. Lov om pasient- og brukerrettigheter, §§ 2-5, 3-1, 7-2.
11. Socialstyrelsen.no, Samordnad individuell plan, hentet 13.5.2019 fra: <https://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip>
12. Effekter av individuell samordnad av vård- og omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre – En systematisk översikt, hentet 13.5.2019 fra <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-6-4>
13. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan, Hentet 13.5.2019 fra <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-25>

[1.9.1 Helsepersonelloven - Lov om helsepersonell m.v.](#)

[1.9.3 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og kordinator](#)

[1.19.5 Spesialisthelsetjenesteloven - Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.](#)

[1.17.1 Pasient- og brukerrettighetsloven - Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)

[1.17.1.6 Pasient - og brukerrettighetsloven §2-5 a.Rett til kontaktlege](#)

[3.2.8.1 Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review.](#)

[3.2.8.2 Prop 91 L \(forarbeid til Helse- og omsorgstjenesteloven\).](#)

[1.17.11.4 Psykisk helsevernloven - § 4- 1. Individuell plan](#)

[6.11.4.7.1 UpToDate \(2015\), Advance care planning and advance directives](#)

[6.11.4.7.2 National Guideline Clearinghouse \(2012\), Advance care planning.](#)

[6.11.4.7.3 NICE Guidance \(2012, last updated 2016\) Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management](#)

[6.11.4.7.4 Center for kliniske retningslinjer \(DK 2013\), Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, med behov for hjelp til personlig pleje og/ eller praktisk hjelp i hverdagen](#)

[6.11.4.7.5 Cochrane Library \(2015\) Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions](#)

[3.2.8.5 Helse Norge - Individuell plan og koordinator](#)

Intern referanse

[1.2.7.3.1-133](#) [Pasientopplysninger - Registrer og send melding om vurdert behov for individuell plan og koordinator \(DIPS Arena\)](#)

[1.2.8-05](#) [Koordinator for samordning av tjenester](#)

Individuell plan (IP)	Versjon: 12.00
-----------------------	-------------------

1.2.8-13

Kontaktlege/-psykolog i spesialisthelsetjenesten, Helse Bergen