

Kategori: Pasientbehandling/Pasientadministrasjon/Administrative rutiner	Gyldig fra/til: 18.03.2026/18.03.2029
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Samhandling	Versjon: 13.00
Godkjenner: Marta Ebbing	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Grete Lill Hjartnes	Dok.id: D30343

## Innhold

1. Formål .....	1
2. Omfang .....	1
3. Ansvar .....	1
4. Hva er langvarige og koordinerte tjenester? .....	1
5. Hva er individuell plan? .....	2
6. Fremgangsmåte for individuell plan.....	2
7. Rett til å klage .....	3
8. Referanser .....	3

### 1. Formål

Retningslinjen skal bidra til at medarbeidere i Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus (heretter Helse Bergen) har kunnskap om rutiner for kartlegging av behov for individuell plan.

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester skal få tilbud om individuell plan individuell plan, jfr. [helse- og omsorgsloven § 7-1](#), [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5](#) og [psykisk helsevernloven § 4-1](#).

### 2. Omfang

Retningslinjen gjelder for alle enheter (klinikker, avdelinger og seksjoner) med klinisk virksomhet i Helse Bergen, både dag-, døgn-, poliklinisk og ambulant behandling.

### 3. Ansvar

Nivå 2-leder og enhetsleder har ansvar for at retningslinjen er kjent og tas i bruk, samt å utarbeide nødvendige interne rutiner for å sikre at enheten ivaretar den lovfestede retten til individuell plan.

[Koordinerende enhet](#) i sykehuset har ansvar for at det foreligger et system med overordnet retningslinje for individuell plan i Helse Bergen.

### 4. Hva er langvarige og koordinerte tjenester?

Begrepene *langvarige og koordinerte tjenester* viser til tjenester som gis over tid og som krever samordnet innsats fra flere tjenester eller forvaltningsnivåer for å sikre et helhetlig og sammenhengende tilbud.

Dette gjelder pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering eller rehabilitering, og som trenger koordinerte tiltak fra ulike aktører. Pasientgruppen kjennetegnes ved at de ikke har et avklart eller kortvarig forløp, men som trenger kontinuitet og strukturert samhandling over tid.

- Langvarige tjenester: en viss varighet på tjenestene
- Koordinerte tjenester: behovet må gjelde to eller flere helse- og omsorgstjenester, det vil si forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene bør sees i sammenheng

Begrepene bør tolkes slik at man fanger opp de pasientene som har et reelt behov for individuell plan.

## 5. Hva er individuell plan?

En individuell plan legger til rette for at tjenestene skal samarbeide slik at pasienten får en helhetlig oppfølging. Behovet trenger ikke være varig. Det gjelder uavhengig av alder eller hvilke diagnoser eller funksjonsutfordringer pasienten har.

- Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har [lovfestet rett](#) til å få utarbeidet en individuell plan
- Planen skal omhandle pasientenes egne mål, behov og ressurser samt hvilke tiltak som skal iverksettes for å nå målet
- Ansvar for hvert enkelt tiltak og hvordan tiltakene skal utføres skal komme tydelig frem i planen

## 6. Fremgangsmåte for individuell plan

Det skal kun foreligge én individuell plan for en pasient. Dersom pasienten allerede har individuell plan som er opprettet i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen, skal det ikke opprettes ny.

Samtykke til å sende melding til kommunen om behov for individuell plan, eller til å opprette individuell plan, skal innhentes og dokumenteres i pasientjournalen. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, skal samtykke innhentes fra den som har myndighet til å samtykke på vegne av pasienten.

### a. Når pasienten har individuell plan, skal helsepersonell/koordinator i sykehuset:

- Innhente relevant informasjon om hvem som er koordinator/barnekoordinator og hvordan planen brukes. Ved behov kan planen innhentes.
- Registrere i DIPS Arena hvem har koordinatoransvar i kommunen (Pasientopplysninger → Kontaktpersoner → Andre kontakter).
- Bidra med nødvendig informasjon til koordinator i kommunen ved vesentlige endringer i helsetilstand og funksjonsnivå, eller medvirke i planen. Helsepersonell/koordinator har plikt til å samarbeide med andre instanser når det er nødvendig for videre oppfølging etter utskrivning.
- Så langt som mulig, ta hensyn til pasientens individuelle plan ved planlegging og tilrettelegging av det videre tjenestetilbudet.

### b. Når pasienten har behov for individuell plan kun i spesialisthelsetjenesten:

Helsepersonell i sykehuset som vurderer behovet for individuell plan skal snarest mulig melde fra om dette til nærmeste leder.

- Leder skal oppnevne en [koordinator i spesialisthelsetjenesten](#) dersom pasienten ikke har det og koordinator oppretter individuell plan i DIPS Arena, dokumenttype «individuell plan».
- Helsepersonell som vurderer om det er behov for individuell plan skal journalføre opplysninger i [DIPS Arena, Pasientopplysninger - individuell plan](#). Dokumenter om pasienten har behov for individuell plan. Velg status «Ja», «Nei» eller «Ikke behov».

### c. Individuell plan til bruk i palliasjon:

- Kompetansesenteret i Lindrende behandling Helse Vest har utarbeidet en egen mal for [Individuell plan til bruk i palliasjon, se Helse Bergen HF.](#)

d) Når pasienten har behov for individuell plan som omfatter tjenester kun fra kommunens helse- og omsorgstjenester, eller i kombinasjon med tjenester fra spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som skal sørge for at det blir utarbeidet individuell plan og koordinere planarbeidet:

- Helsepersonell i sykehuset som vurderer behov for individuell plan, må snarest mulig melde fra nærmeste leder og [Koordinerende einingar i kommunar - Helse Bergen HF](#) i pasientens hjemkommune. Bruk dokumenttype [Pasientopplysninger - Registrer og send melding om vurdert behov for individuell plan og koordinator \(DIPS Arena\)](#)

## 7. Rett til å klage

Helsepersonell har ansvar for å orientere pasient eller representant for pasient om retten til å klage på at individuell plan ikke utarbeides. Rett klageinstans er Statsforvaltaren i Vestland. For nærmere regler om klage se [Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 Klage mv.](#)

## 8. Referanser

Interne referanser

[1.2.7.3.2-146](#)

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

[1.2.8-03](#)

[Koordinator i spesialisthelsetjenesten](#)

[1.2.8-11](#)

[Kontaktlege/-psykolog i spesialisthelsetjenesten, Helse Bergen](#)

Eksterne referanser

[Koordinerende einingar i kommunar - Helse Bergen HF](#)

[Registrere rolle overfor pasient \(Pasientopplysninger\)](#)

[§ 2-5 Rett til individuell plan - Helsedirektoratet](#)

[Individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#)

[Individuell plan - en rettighet - Helsenorge](#)

[Helse- og omsorgsloven \(hol.\) § 7-1](#)

[Spesialisthelsetjenesteloven \(sphl.\) § 2-5](#)

[Psykisk helsevernloven \(phvl.\) § 4-1](#)

[Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester](#)

[Behov for IP i LAR behandling; Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering \(LAR-forskriften\) - - Lovdata](#)

[Sosialtjenesteloven §§ 28 og 33](#)

[NAV-loven § 15](#)

[Barnevennloven § 15-9](#)

[Tenesteavtale 2 mellom kommunene i Helse Bergen sitt foretaksområde og Helse Bergen m.fl.](#)

[Klage mv. - Helsedirektoratet](#)