

	<b>Prosedyre for individuell plan</b>		<b>Dokument-id: D17160</b>		
			<b>Prosedyre</b>		
<b>Organisasjon</b> Avvik, tilsyn og brukarrettar Brukarrettar/klage	<b>Utarbeidd av</b> Martin Roland Hansen		<b>Godkjent av</b> Breidablik, Hans Johan		<b>Versjon</b> 3.03
					<b>Gyldig frå</b> 30.05.2016
				<b>Rev. innan</b> 30.05.2018	<b>EK-ansvarleg</b> Hansen, Martin Roland

## 1. Føremål

Sikre at menneske med behov for langvarige og koordinerte tenester får tilbod om individuell plan, i samsvar med gjeldande regelverk<sup>1</sup>.

## 2. Omfang

Prosedyren gjeld for alle einingar med klinisk verksemd i Helse Førde HF, både dag-, døgn-, poliklinisk og ambulant behandling.

## 3. Oversikt over planprosessen

- a. Vurdere behov for langvarige og koordinerte tenester.
- b. Sjekke om vedkomande allereie har ein individuell plan og/eller koordinator i spesialisthelsetenesta.
- c. Informere om retten til, og målet med, individuell plan og koordinator.
- d. Tilby, og eventuelt peike ut, koordinator i spesialisthelsetenesta. Sjå [Oppnemning av koordinator](#).
- e. Innhente og dokumentere informert samtykkje til oppstart av arbeid med individuell plan i pasientjournal.
- f. Varsle koordinerande eining for habilitering og rehabilitering i kommunen. Opprett nytt dokument i DIPS, velg brevmalen «Brev om pasient», og sett inn frasen «Melding om behov for individuell plan». Frasekode: b-individuellplan.
- g. Medverke til at det vert tilbydd og oppnemnt ein koordinator i kommunen.
- h. Delta i samarbeidsmøte mellom spesialisthelsetenesta og kommunen.
- i. Medverke med informasjon til koordinator i kommunen om pasienten sin helsetilstand og funksjonsnivå.
- j. Ved behov skal koordinator i spesialisthelsetenesta medverke til utforming av planen saman med pasient og koordinator frå kommunen.

### 3.1 Når pasienten allereie har individuell plan:

- a. Innhente individuell plan.
- b. Ha jamleg dialog med koordinator i kommunen innanfor rammene av teieplikta.
- c. Medverke med informasjon og dokumentasjon knytt til helsetilstand og funksjonsnivå, særleg ved vesentlege endringar.
- d. Så langt som mogleg skal ein ta omsyn til pasienten sin individuelle plan ved planlegging/tilrettelegging av det vidare tenestetilbodet.

Det skal sikrast optimal grad av brukarmedverknad gjennom heile prosessen. I den grad pasienten ønskjer det, skal også pårørande trekkast inn i arbeidet.

<sup>1</sup> [Lov om spesialisthelsetjenesten \(spesialisthelsetjenesteloven\)](#), [Rundskriv IS-5/2013 Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#), [Feil! Ukjent dokumentegenskapsnavn.](#), og [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)

## 4. Avklaring av omgrep

### 4.1 Individuell plan

Helsedirektoratet omtalar individuell plan slik: «*Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne*».

«*Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan*».

«*Individuell plan er brukerens plan. Det innebærer at tjenestemottakerens mål og ønsker skal være utgangspunktet for prosessen. Denne har rett til, og skal oppfordres til, å delta aktivt i å beskrive behov for tjenester, ønsker og mål som er viktig for vedkommende selv – i dag og i fremtiden*».

[Helsedirektoratet - Individuell plan og koordinator](#)

### 4.2 Koordinator i spesialisthelsetenesta

Det finst eigen prosedyre for [Oppnemning av koordinator](#) i Helse Førde HF, som omtalar denne rolla og oppnemninga nærare.

### 4.3 Langvarige og koordinerte tenester

- a. Langvarige: Ei viss lengde, men ikkje noko minstetid. Vert vurdert i sammenheng med punkt b).
- b. Koordinerte: To eller fleire tenester der det er behov for koordinering.
- c. Omgrepa bør tolkast slik at ein fangar opp dei pasientane som har eit reelt behov for individuell plan. Jfr; [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) og [Prop. 91 L 2010-2011 \(forarbeid til helse- og omsorgstjenesteloven\)](#).

## 5. Innhald i individuell plan

I [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) § 19 står det at individuell plan skal innehalde følgjande hovudpunkt:

- a) ei oversikt over pasienten og brukaren sine mål, ressursar og behov for tenester
- b) ei oversikt over kven som deltek i arbeidet med planen
- c) ei opplysing om kven som er koordinator
- d) ei oversikt over kva pasient og brukar, teneste- og bidragsyterar og eventuelt pårørande vil medverke med i planarbeidet
- e) ei oversikt over kva for tiltak som er aktuelle og omfanget av dei, og kven som skal ha ansvaret for desse
- f) ei skildring av korleis tiltaka skal gjennomførast
- g) ei opplysing om planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringar og revisjonar av planen
- h) pasienten og brukaren sitt samtykkje til at planen vert utarbeidd, og eventuelt samtykkje til at deltakarar i planlegginga vert gjeve tilgang til sensitive opplysingar
- i) ei oversikt over naudsynte eller ønskjeleg samarbeid med andre tenesteyterar, institusjonar og etatar

## 6. Oppgåver og ansvar

## 6.1 Spesialisthelsetenesta

Spesialisthelsetenesta har plikt til å sørge for at individuell plan vert utarbeidd for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester, viss pasienten ønskjer og samtykkjer til utarbeiding av individuell plan. Kommunen si helse- og omsorgsteneste har tilsvarande plikt.

Spesialisthelsetenesta skal, dersom pasienten samtykkjer til det, snarast mogleg varsle kommunen si koordinerande eining for habilitering og rehabilitering, når den ser at det er **behov for ein individuell plan som omfattar tenester både frå spesialisthelsetenesta og kommunen si helse- og omsorgsteneste** (dvs. pasienten har behov for tenester både etter Helse- og omsorgstjenesteloven og Spesialisthelsetjenesteloven eller Psykisk helsevernloven). **Kommunen** skal i slike tilfelle sørge for at det vert utarbeidd ein individuell plan, og at planarbeidet vert koordinert. Spesialisthelsetenesta skal medverke i kommunen sitt arbeid med individuell plan.

## 6.2 Helsepersonell i spesialisthelsetenesta

Helsepersonell som avdekkar behovet for individuell plan, skal undersøke om pasienten/den som kan samtykke på vegne av pasienten, samtykkjer til at det skal utarbeidast individuell plan.

I dei tilfelle der spesialisthelsetenesta har ansvar for å utarbeide individuell plan, og koordinere planarbeidet, må spesialisthelsetenesta sørge for å innhente skriftleg samtykke til dette arbeidet frå pasienten/den som har rett til å samtykke på pasienten sine vegne.

I dei tilfella der kommunen skal sørge for at individuell plan vert utarbeidd og koordinert, er det tilstrekkeleg at spesialisthelsetenesta dokumenterer i pasientjournalen, at pasienten er informert om individuell plan, og at pasienten har samtykka til melding til kommunen om behov for individuell plan, og til at det vert utlevert informasjon (om kva og til kven).

Viss pasienten ønskjer ein individuell plan skal helsepersonellet snarast mogleg gje melding om dette til einingsleiar. Jfr; [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) og [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#).

## 6.3 Avdelingssjef i spesialisthelsetenesta

- a. Avdelingssjef i den einskilde kliniske eining har ansvar for å utarbeide naudsynte interne rutinar, for å sikre at krava om varsel til kommunen, dokumentasjon med vidare, vert følgt opp. Til dømes er det avdelingssjef sitt ansvar at det vert gjeve melding om behov for individuell plan til kommunen, i dei tilfelle der det ikkje er/vert oppnemnt koordinator.
- b. Det er avdelingssjef sitt ansvar å utpeike koordinator for individuell plan i spesialisthelsetenesta. Sjå [Oppnemning av koordinator](#).

## 6.4 Koordinator i spesialisthelsetenesta

- a. Koordinator skal undersøke om pasienten har behov for, og samtykkjer til, å få utarbeidd individuell plan, og eventuelt informere pasient/pårørande om retten til og føremålet med denne.
- b. Viss pasienten har individuell plan, kan koordinator i Helse Førde ta direkte kontakt med pasienten sin koordinator i kommunen.
- c. Viss pasienten har behov for individuell plan, som omfattar tenester både frå spesialisthelsetenesta og kommunen si helse- og omsorgsteneste, skal koordinator snarast mogleg

varsle den koordinerande eininga for habilitering og rehabilitering i pasienten si heimkommune<sup>2</sup>. ([Samhandlingsbarometeret](#) - Delavtale koordinerte tenester, punkt 4 og 6).

- d. Ved behov, skal koordinator frå Helse Førde bistå kommunen sin koordinator i arbeidet med individuell plan, og medverke med naudsynt dokumentasjon av helsetilstand og funksjonsnivå. Dette er spesielt viktig ved endringar av helsetilstanden til pasienten.
- e. For dei pasientane som berre har behov for koordinerte spesialisthelsetenester, og ikkje oppfølging frå kommunen si helse- og omsorgsteneste (til dømes ved langvarig sjukehusopphald), har koordinator ansvar for å sikre/medverke til framdrift i arbeidet med individuell plan.
- f. Koordinator i Helse Førde skal journalføre opplysingar om individuell plan i pasientjournal. (*DIPS, F5-bildet: Pasientopplysninger*):
  1. Arkfane «Andre opplysninger»: dokument om pasienten har behov/ikkje behov for individuell plan. Vurderingsgrunnlag skal dokumenterast i journalnotat.
  2. Ved behov for individuell plan markere:
    - Planstatus med bruk av følgjande alternativ:
      - *Individuell plan under arbeid i spesialisthelsetenesta (brukast berre når pasienten ikkje har oppfølging frå kommunen si helse- og omsorgsteneste)*
      - *Melding om behov for individuell plan sendt kommunen*
      - *Pasienten har allereie ein individuell plan*
      - *Pasienten ønskjer ikkje individuell plan*
    - Plan rolle med bruk av følgjande alternativ:
      - *Ansvarleg for utarbeiding av individuell plan*
      - *Bidragster til individuell plan*
      - *Ikkje involvert i arbeidet med individuell plan*
  3. Innhenta informert samtykkje.
  4. Arkfane «Kontakter utenfor institusjon»: dokumentør namn og telefonnummer på dei involverte i det individuelle planarbeidet

## 6.5 Koordinerande eining for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetenesta

Helseføretaket skal ha ei koordinerande eining for habilitering og rehabilitering, som skal ha det overordna ansvaret for arbeidet med individuell plan. Jfr; [Lov om spesialisthelsetjenesten \(spesialisthelsetjenesteloven\)](#) og [Rundskriv IS-5/2013 Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#)

Koordinerande eining i Helse Førde er organisert under Lærings- og meistringssenteret i Medisinsk klinikk, og skal

- ha oversikt over meldingar om behov for individuell plan.
- sørgje for at det vert utarbeidd rutinar og retningslinjer for individuell plan i helseføretaket.
- ha opplæringsansvar for koordinatorar om individuell plan, mellom anna arrangere Dialogforum for koordinatorar/kontaktpersonar.

Koordinerande eining i helseføretaket kan i tillegg kontaktast av den enkelte eining, om det er behov for opplæring, rettleiing, oppdatering, erfaringsutveksling.

## 6.6 Om koordinerande eining i kommune/koordinator i kommune

<sup>2</sup> Jfr. [Lov om spesialisthelsetjenesten \(spesialisthelsetjenesteloven\)](#), [Rundskriv IS-5/2013 Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#), [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)

Koordinerende eining i kommunen/koordinator skal saman med pasient/brukar ta initiativ til samarbeidsmøte med relevante aktørar frå begge nivå, for planlegging og oppfølging av pasient/brukar. Møtet kan haldast før, under eller etter opphald i spesialisthelsetenesta, jfr. [Lov om spesialisthelsetjenesten \(spesialisthelsetjenesteloven\)](#).

Sjå elles [Samhandlingsbarometeret](#) - Delavtale koordinerte tenester, punkt 6, og [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#).

## 6.7 Plikt til samarbeid

Viss pasienten har behov for tenester både frå spesialist- og kommunehelsetenesta, og eventuelt frå andre tenesteyterar eller etatar, skal kommunen si helse- og omsorgsteneste og spesialisthelsetenesta samarbeide med desse<sup>3</sup>. Reglane om teieplikt skal leggst til grunn<sup>4</sup>.

## 7. Rett til å klage

Helsepersonell har ansvar for å orientere pasienten, eller den som representerar pasienten, om retten til å klage på at individuell plan ikkje vert utarbeidd. Klageinstans er Fylkesmannen i Sogn og fjordane. Klagen må vere skriftleg. Klageretten er heimla i [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\)](#), § 7-2 jfr. § 2-5.

### Interne referansar:

<a href="#">ORG-AVVIK.02-15</a>	Mal for Individuell plan
<a href="#">ORG-AVVIK.02-18</a>	Oppnemning av koordinator
<a href="#">ORG-SAMH.02-2</a>	Pasientar med behov for koordinerte tenester

### Eksterne referansar:

[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)  
[Psykisk helsevernloven § 4-1. Individuell plan](#)  
[Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#)  
[Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\)](#)  
[Lov om spesialisthelsetjenesten \(spesialisthelsetjenesteloven\)](#)  
[Rundskriv IS-5/2013 Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#)  
[Helsedirektoratet - Individuell plan og koordinator](#)  
[Prop. 91 L 2010-2011 \(forarbeid til helse- og omsorgtjenesteloven\)](#)  
[Samhandlingsbarometeret](#)

<sup>3</sup> Jfr. [Prop. 91 L 2010-2011 \(forarbeid til helse- og omsorgtjenesteloven\)](#)

<sup>4</sup> Jfr. [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#) og [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\)](#)