



Rutine for samarbeid om individuell plan mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF -inkludert begrepsavklaringer

Innledning

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan (IP) i samsvar med gjeldende bestemmelser. Retten er ikke avgrenset til pasienter/brukere med behov for habilitering og rehabilitering.

Etablering og oppfølging av den enkeltes individuelle plan skal sikres gjennom oppnevning av koordinator.

Pasient/bruker skal oppleve reell brukermedvirkning ved utarbeidelse, gjennomføring og evaluering av individuell plan. Det skal ikke utarbeides individuell plan uten pasient/brukers samtykke.

Planen skal bl.a. bidra til at:

- Pasient/bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.
- Det utarbeides mål og tiltak for den enkelte bruker og at disse følges opp
- Samhandlingen mellom pasient/bruker/pårørende og tjenesteytere innen og på tvers av forvaltningsnivåene sikres.

1 Hensikt

Retningslinjene skal bidra til felles forståelse om bruken av individuell plan og sikre en god samarbeidsprosess mellom pasient/bruker og de ulike tjenesteytere.

2 Omfang

Retningslinjene gjelder spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Ved behov skal også andre kommunale tjenester inkluderes, for eksempel barnehage, PP-tjeneste, NAV og skole. Ved behov bør retningslinjene også benyttes i samarbeid med andre sektorer som videregående skoler, arbeidsgiver etc. Til grunn for samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ligger Samarbeidsavtalen med tilhørende tjenesteavtaler mellom kommunene og HNT.

3 Presisering:

Individuell plan er en overordnet plan som skal bidra til å koordinere tjenester på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Detaljerte delplaner som individuell opplæringsplan (IOP), behandlings-/tiltaks-/krise-/mestringsplaner, treningsprogrammer med mer, kan inngå som deler av den individuelle planen.

4 Ansvar, informasjon og initiativ

Koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten har det overordnede ansvaret for individuell plan. Kommunen, spesialisthelsetjenesten og den enkelte tjenesteutøver skal informere aktuelle tjenestemottakere og/eller pårørende om retten til individuell plan. Informasjonen må inneholde opplysninger om hva en individuell plan er og hvordan en skal gå fram for å få utarbeidet en plan. Brosjyre utarbeidet av Helsedirektoratet kan benyttes i informasjonsarbeidet. [Ditt liv din plan til deg som kan ha behov for langvarige og koordinerte tjenester](#)

4.1 Utarbeiding av planen

Ved behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som skal sørge for at planen blir utarbeidet og koordinere arbeidet, spesialisthelsetjenesten skal medvirke i planarbeidet. Kommunen og spesialisthelsetjenesten avklarer i samarbeid med bruker/pasient ansvarsfordeling, forventninger og deltakelse i planarbeidet. Det er det alminnelige ansvaret mellom de ulike tjenesteyterne som legges til grunn ved gjennomføringen av tiltakene som er nedfelt i planen, dersom ikke annet er avtalt. For utdyping vises til veilederen [kap.13.2.om forholdet mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar](#)

5 Plandokumentet individuell plan

Krav til innhold i individuell plan framgår av [Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 19](#).

For utdypende informasjon om innhold og planprosess vises til veilederen [kap.13.6 Innhold i individuell plan og planprosess](#)

6 Dokumentasjon og oppbevaring

Det må fremgå av pasient/brukers journal at vedkommende har en individuell plan, men hele planen trenger ikke være en del av journalen. For utdyping vises til veilederen. [kap.13.2 Dokumentasjon av individuell plan](#)

Regelverket for individuell plan skiller ikke mellom papirløsninger og elektroniske systemer. Ved valg av løsning for dokumentasjon av individuell plan, er det kommunens ansvar å sikre at planens innhold behandles i samsvar med gjeldende regelverk for helse- og personopplysninger. Det må blant annet etableres tilgangsstyring som sikrer at deling av opplysninger skjer i samsvar med samtykke.

7 Avslutning/overføring av planen.

En tjenestemottaker kan flytte til annen kommune eller ha behov for tjenester fra et annet helseforetak. Når det blir kjent at tjenestemottakeren har en individuell plan, må han/hun gi samtykke til overføring av planen. Overføring av elektronisk plan kan for eksempel skje ved justering av tilganger.

Vurderer tjenestemottaker og koordinator at det ikke lenger er behov for planen, kan den avsluttes. Beslutningen begrunnes og dokumenteres i planen, og koordinator dokumenterer i sitt system.

8 Klagemulighet.

Partenes intensjon er å løse uenighet så nær pasient/bruker som mulig.

Avgjørelse om individuell plan og koordinator gir ingen selvstendig rett til tjenester og regnes ikke som enkeltvedtak, men avgjørelser om individuell plan kan påklages til Fylkesmannen etter [pasient og brukerrettighetsloven § 7-2](#). Helse- og omsorgspersonell skal gi veiledning om retten til å klage, og ved behov bistå i utforming av klage.

BEGREPSAVKLARINGER

Personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte (pårørende/barn), blir i dokumentet omtalt som «brukere», «pasienter» og «tjenestemottakere».

1. Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Det er tjenesteapparatets plikt å involvere brukeren i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Pårørende skal også gis anledning til å medvirke i den grad pasient og bruker ønsker dette.

For utdypende informasjon vises til Helsedirektoratets Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (heretter kalt veilederen) [kap.4 om medvirkning-informasjon-og-kommunikasjon](#) og [kap.13.1 om-individuell-plan-og-koordinator-formål-og-rettigheter](#)

2. Samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke

For utdypende informasjon vises til veilederen [kap.5 om taushetsplikt-og-samtykke](#) og [kap.13.1 om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter](#)

3. Koordinering av tjenester

Å koordinere betyr «å få til å virke sammen». Koordinering skjer gjennom strukturerte arbeidsprosesser hvor tjenester fra ulike fag, nivåer og sektorer ses i sammenheng. For utdypende informasjon vises til veilederen [kap.13.1 om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter](#)

3.1 Langvarige og koordinerte tjenester

Krav til varighet bør ses i sammenheng med behovet for samordning av tjenestene. Retten til individuell plan er ikke avgrenset til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering. For utdypende informasjon vises til veilederen [kap.13.1 om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter](#)

Koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse – og omsorgstjenester. Også behov for tjenester fra andre sektorer hører med i den helhetlige vurderingen. Kompleksiteten og behov for koordinering og samarbeid er viktigere enn antall helse – og omsorgstjenester. For utdypende informasjon vises til veilederen [kap.13.2 En plan på tvers av sektorgrenser](#) [kap.13.3 individuell plan i annet lovverk](#) og [kap.1.1 hvem gjelder veilederen for](#)

3.2 Koordinerende enhet (KE)

Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til alle pasienter/brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Det overordnede ansvar for individuell plan og koordinator er sentralt. Ansvar er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering. For utdypende informasjon vises til veilederen [kap.12.1 formål og overordnet ansvar for koordinerende enhet i kommuner og helseforetak](#)

3.2.1 Koordinerende enhet i kommunen

Sentrale oppgaver:

- Delta i kommunens plan for habilitering og rehabilitering
- Legge til rette for brukermedvirkning
- Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering
- Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator
 - Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator
 - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator
 - Oppnevning av koordinator
 - Kompetanseheving om individuell plan og koordinator
 - Opplæring og veiledning av koordinatorene
- Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer
- Ivareta familieperspektivet
- Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere
- Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering

For utdypende informasjon vises til veilederen [kap.12.3 sentrale oppgaver for koordinerende enhet i kommunene](#)

3.2.2 Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

Sentrale oppgaver:

- Generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen
- Oversikt over habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene
- Kontaktpunkt for samarbeid med kommunene
- Legge til rette for brukermedvirkning
- Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator
 - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator
 - Opplæring og veiledning av koordinator
 - Kompetanseheving om individuell plan og koordinator

I spesialisthelsetjenesten vurderes det som naturlig at det konkrete arbeidet med individuell plan og koordinator, ivaretas av den avdelingen som har ansvaret for pasienten. Dette gjelder også melding til kommunen om behov for individuell plan.

For utdypende informasjon vises til veilederen [kap.12.6 sentrale oppgaver for koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten](#)

3.3 Koordinator

Det skal tilbys koordinator for pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, også om vedkommende ikke ønsker en individuell plan. For utdypende informasjon vises til veilederen [kap.13.4 koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten](#)

3.3.1 Koordinator i kommunehelsetjenesten

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. For utdypende informasjon vises til veilederen [kap.13.4 koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten](#)

Eksempler på koordinators oppgaver i kommunen:

- sikre informert samtykke fra pasient og bruker til oppstart av planprosess og informasjonsutveksling
- legge til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet
- avklare ansvar og forventninger
- sikre god informasjon og dialog med pasient og bruker, og eventuelt pårørende, gjennom hele prosessen
- sikre helhetlig kartlegging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov
- sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, herunder med fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret, samt med relevante tjenesteytere i andre sektorer
- sikre samordning av tjenestetilbudet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan
- sikre felles forståelse av målene i planprosessen
- initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til individuell plan og koordinering
- følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet
- følge opp og evaluere arbeidsprosessen

Fastlegen har ansvaret for den medisinskfaglige koordineringen, og skal delta når det er behov for fastlegens kompetanse.

3.3.2 Koordinator i spesialisthelsetjenesten

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven skal det tilbys koordinator.

Eksempler på koordinators oppgaver i spesialisthelsetjenesten:

- følge opp pasienten og brukeren og sikre samordning av tilbudet under institusjonsoppholdet
- samhandle med kontaktleger om pasienter som har fått oppnevnt dette
- samhandle med tjenesteytere utenfor institusjonen
- melde om behov for individuell plan til koordinerende enhet i kommunen
- sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan i samarbeid med koordinator i kommunen
- initiere samarbeidsmøter med kommunen eller andre som skal følge opp etter utskrivning

For utdypende informasjon vises til veilederen [kap.13.4 koordinator-i-kommunen-og-spesialisthelsetjenesten](#)

9 Lover, forskrifter, veiledere og rundskriv

- [Lov om kommunale helse og omsorgstjenester \(Helse og omsorgstjenesteloven\) §§7-1, 7-2 og 7-3](#)
- [Lov om pasient og brukerrettigheter \(Pasient og brukerrettighetsloven\) §2-5](#)
- [Lov om helsepersonell m.v \(Helsepersonelloven §§4 og 38a\)](#)
- [Lov om barneverntjenester \(Barnevernloven §3-2a\)](#)
- [Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa Opplæringsloven §§ 15-5, og 15-8](#)
- [Lov om arbeids og velferdsforvaltningen \(Arbeids og velferdsforvaltningsloven NAV-loven §15\)](#)
- [Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern \(Psykisk helsevernloven §4-1](#)
- [Lov om spesialisthelsetjenester m.m. §§2-5, 2-5a, b og c](#)
- [Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 28 og § 33](#)
- [Lov om behandlingsmåter i forvaltningssaker kap.4](#)
- [Lov om kommunale krisesentertilbud § 4](#)
- [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Forskrift om individuell plan i arbeids og velferdsforvaltningen](#)
- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Pårørendeveileder](#)
- [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov kap.7](#)
- [Helse- og omsorgsdepartementet: St.meld nr 47 \(2008-2009\) Samhandlingsreformen](#)
- [Veileder om kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten.pdf](#)
- [Veileder barn-og-unge-med-habiliteringsbehov.pdf](#)
- [Fellesrundskriv 1-3/2004 Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan](#) fra Barne- og familiedepartementet, Helsedepartementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet

Opplæring, informasjon:

Helsedirektoratet:

- Innføringskurs om individuell plan:
<https://laeringsplattformen.difi.no/kurs/983544622/innforingskurs-om-individuell-plan-og-koordinator>
- Informasjonsfilm: <https://www.youtube.com/watch?v=KCR3fsLPpCM>
- Brosjyre: <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/ditt-liv-din-plan-til-deg-som-kan-ha-behov-for-langvarige-og-koordinerte-tjenester>

Helse Midt Norge: Innføringskurs om individuell plan og koordinator:

<https://kurs.helse-midt.no/Sider/Innf%C3%B8ringskurs-om-individuell-plan-og-koordinator.aspx>