

## 8.3 Individuell plan og koordinator

Nina Grytten Torkildsen og Merethe H. Boge

### **Individuell plan**

Individuell plan er "tjenestemottakerens plan". Det innebærer at det er tjenestemottakerens ønsker, mål, ressurser og behov som skal være utgangspunktet for planen. Tjenestemottakeren har derfor rett til, og oppfordres til, å delta aktivt i å beskrive behov for tjenester, ønsker og mål som oppleves som viktig i hverdagen.

Det er tjenestemottakere med behov for langvarige, sammensatte og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester som har rett til en individuell plan. [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) er gjeldende for helsesektoren. Retten til individuell plan er videre hjemlet i helse- og sosiallovgivningen, og i NAV-loven og barnevernloven ([Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5](#), [Lov om kommunehelsetjeneste § 7-1](#), [Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5](#), [Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1](#), [Lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen § 28](#), [Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 15](#), [Lov om barneverntjenester](#)).

Helsedirektoratet gitt ut en veileder om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2015). Denne har som formål å formidle kunnskap og veiledning til beslutningstakere og ansatte som arbeider med rehabilitering, habilitering og koordinering av tjenester. Veilederen finnes elektronisk på denne adressen <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>.

### **Ansvar**

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene og helseforetaket har plikt til å sørge for at pasienter og brukere får oppfylt retten til individuell plan. Det er én tjenesteyter (koordinator), oppnevnt av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen, som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21](#).

Kommunen har videre ansvar for å utforme og følge opp plandokumentet, samt sikre fremdrift i prosessen. Tjenestenettverk av relevante aktører skal involveres, og tjenestetilbudet til enkeltpasienter skal samordnes. Rutiner som sikrer at intensjonen i individuell plan blir fulgt skal iverksettes. Koordinerende enhet i kommunen skal være et knutepunkt i nettverket og en pådriver for informasjon og samarbeid. [Fastlegen](#) har ansvar for koordinering av de medisinskfaglige tjenestene, og har plikt til å informere om, og medvirke til utarbeidelse av individuell plan for pasienter på sin liste. For elever har [skolen en plikt](#) til å delta i samarbeid om utarbeidning og oppfølging av tiltak og mål ved individuell plan.

[Spesialisthelsetjenesten](#) har plikt til å medvirke ved individuell plan, og er særlig viktig i den initierende prosessen. Spesialisthelsetjenesten skal avklare behov for en slik plan for inneliggende pasienter, og pasientene skal informeres om individuell plan. Koordineringsrollen i sykehus kan med fordel delegeres til sykepleier. Se forøvrig overordnede prosedyre/rutine for dette arbeidet i helseforetaket eller nasjonal fagprosedyre for individuell plan på

<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/individuell-plan-ip>

Ved samtale blir sykepleier/koordinator kjent med behov for rehabilitering og videreformidler behov til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen, evt. bydelen. Spesialisthelsetjenesten skal ved behov for individuell plan innhente samtykke til å kontakte kommunen. Dernest skal koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen kontaktes slik at planprosessen kan settes i gang så raskt som mulig. For pasienter som allerede har en individuell plan, bør spesialisthelsetjenesten sørge for at det etableres samarbeid med koordinator i kommunen. Pasienter som ikke ønsker individuell plan, skal få skriftlig informasjon om individuell plan og opplysninger om navn og telefonnummer til kontaktperson for den lokale koordinerende enheten i kommunen. Behov for individuell plan kan endres etter hvert, og det er viktig at pasienten da er kjent med sine rettigheter og er i stand til å etterspørre tjenester på egen hånd.

Sykehuset har som spesialisthelsetjeneste et særskilt ansvar for å informere om sykdom, diagnose, prognose og behandling, og dette er en viktig oppgave for å etablere en hensiktsmessig plan for helsetjenester. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for at nettverket av koordinerte tjenester har tilstrekkelig informasjon, og formidle kunnskap til pasienter og pårørende.

### **Regional koordinerende enhet**

Regional koordinerende enhet for helseforetaket skal ha en generell oversikt over rehabiliteringstiltak ved sykehus i regionen. Regional koordinerende enhet skal også ha oversikt over rehabiliteringstilbud i alle kommunene i regionen. Koordinerende enhet skal ha ansvar for kvalitetssikring av rutiner, opplæring, veiledning av ansatte, og samarbeid med koordinerende enhet i kommunen. De fire regionale koordinerende enhetene (Helse Nord, Helse Midt, Helse Sør-Øst, Helse Vest) samarbeider om drift og betjener henvendelser på den nasjonale informasjonstelefonen for ReHabilitering: 800 300 61 - for pasienter, pårørende og helsepersonell. Se også kapittel 5.4 i MS-veilederen

### **Samtykke til individuell plan**

Før oppnevning av koordinator skal det innhentes samtykke fra pasient eller bruker, eller fra den som kan samtykke på vegne av vedkommende.

### **Formålet med Individuell Plan (IP) er firedeelt:**

- Den skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal sikres at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.
- Tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester skal avklares. Videre skal det foretas en vurdering og tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakers bistandsbehov skal koordineres.
- Den skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.
- IP vil i tillegg gi tjenestemottaker bedre oversikt over tjenestetilbudet.

### **Klage**

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven gir rett til klage. Klage på avgjørelse om individuell plan kan rettes skriftlig til fylkesmannen, etter [Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2](#).

### ***Koordinator***

#### **Koordinator i kommunen**

*"For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. [helse- omsorgstjenesteloven § 7-2](#). Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.*

*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."*

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

## Koordinator oppnevnt i spesialisthelsetjenesten

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

*[spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a](#). Dette gjelder uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan.*

*Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient.*

*Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan."*

Opgaven til koordinator i spesialisthelsetjenesten innebærer å koordinere internt under oppholdet og eksternt med de som skal følge opp etter utskrivning. Dersom behovet for kontinuitet og sammenheng i forløpet tilsier det, skal koordinator samhandle med personell utenfor institusjonen som har eller vil få et behandlings- eller oppfølgingsansvar overfor pasienten. Eksempler på dette er fastlege, koordinator i kommunen, hjemmesykepleie eller spesialister i andre helseforetak.

Plikten til å tilby koordinator gjelder også private aktører som yter spesialisthelsetjenester etter avtale med regionalt helseforetak.

Eksempler på koordinators oppgaver i spesialisthelsetjenesten:

- følge opp pasienten og brukeren og sikre samordning av tilbudet under institusjonsoppholdet
- samhandle med tjenesteytere utenfor institusjonen
- 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

## Referanser

- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., § 7-1, 7-2, 7-3](#)
- [Lov om spesialisthelsetjenester mm, § 2-5, 2-5 a, 2-5 b.](#)
- [Lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen § 28](#)
- [Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 15](#)

- [Lov om barneverntjenester § 3-2 a.](#)
- [Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.](#)
- [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.](#)  
Helsedirektoratets veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Foreligger elektronisk på denne adressen  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/individuell-plan-ip>
- [Gjør det så enkelt som mulig – tipshefte om individuell plan.](#) IS-1544, utgitt 31.03.2008
- Les mer om [individuell plan, rehabilitering og habilitering](#) på Helsedirektoratets nettsider.
- [Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet.](#) Rapport IS-1947, utgitt 01.02.2012, Helsedirektoratet