

Individuell plan

D30435

Utgave:
5.06

Gjelder fra:
09.04.2025

Side 1 av 3

Hensikt og omfang

Sikre at Sykehuset Innlandet (SI) initierer behovet for individuell plan ovenfor kommunen. I tillegg kan foretaket selv bidra til å utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud.

Ansvar/målgruppe

Alle med primær/ hovedkontaktansvar eller annet oppfølgingsansvar for overføring til kommunen har ansvar for initiering av individuell plan (IP) og registrering i DIPS i forhold til den enkelte pasient. Dersom hovedansvarlig er fraværende, sørger denne for at oppgaven videreformidles til annen i teamet.

Den enkelte linjeleder har ansvar for at ansatte innehar kompetanse om individuell plan. Ledelsen har ansvar for å påse at systemet ligger til rette for registrering, at tilstrekkelig informasjon blir gitt om registreringssystemet i DIPS, og at dette blir fulgt.

Handling

Henvvisning til kommunene ang. behov for individuell plan og / eller koordinering

- Aktuelle pasienter skal motta informasjon om IP og få mulighet til å ta stilling til om han/hun ønsker det under oppholdet
- Helsepersonell skal ved behov, **initiere** behovet for individuell plan og/eller koordinator i kommunen basert på samtykke fra pasienten snarest mulig til kommunen, jf. helsepersonelloven § 38a
- Informasjon om behov for IP skal sendes koordinerende enhet i kommunen. Pasientens behov for IP kan formidles via
 - PLO meldinger
 - Tverrfaglig rapport (Individuell plan)
 - Dialogmeldinger
 - Kommunens eget meldeskjema
- Henvisingen bør inneholde informasjon om:
 - Hvilke tjenester som er aktuelle og varighet av disse. Det må her også komme tydelig frem om det er behov for individuell plan inkl. koordinator, koordinator uten individuell plan og / eller barnekoordinator.
 - Type aktivitet i dag
 - Formålet med individuell plan
 - Evt. forslag til koordinator
- I tillegg skal behovet for IP beskrives og dokumenteres i epikrisen
- Igangsetting av IP dokumenteres i DIPS, samt registreres i DIPS –systemet for IP-registrering, se prosedyre [DIPS - Individuell plan](#)
- Samtykke fra pasienten dokumenteres i DIPS

Ved igangsetting av individuell plan i Sykehuset Innlandet (SI)

- Dersom SI ser at det er behov for individuell plan, som omfatter mange tjenester både fra SI og kommunen, kan SI **igangsette** IP i samarbeid med kommunen
- Dette kan også være aktuelt dersom pasienten bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten
- Det finnes en egen mal for individuell plan i DIPS, se [DIPS - Individuell plan](#)
- Planen skal bl.a. inneholde:
 - Oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester
 - Oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
 - Oversikt over hvem som har fått ansvar for sikring av samordning av framdrift i arbeidet med planen
 - Oversikt over aktuelle tiltak og omfanget av dem, samt hvem som har ansvar for tiltakene
 - Bekrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
 - Beskrivelse av planperiode og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
 - Pasientens samtykke til at planen utarbeides/initieres og eventuelt samtykke til at deltakerne i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- SI skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene

Deltakelse fra Sykehuset Innlandet (SI) i kommunale ansvarsgruppemøte og individuelle planer

- I samarbeidsprosedyre 1: Pasientsamarbeid (Helsefelleskapet Innlandet) står det i kap 1.2. at «*partnerne plikter å stille på samarbeidsmøter i forbindelse med utarbeidelse og oppfølging av IP*» se [Samarbeidsavtale - Samarbeidsprosedyre 1. Pasientsamarbeid](#)
- Et flertall av kommunene i SI sitt opptaksområde har valgt digitale løsninger for IP (Visma Flyt Samspill)
- Koordinator i sykehuset som bidrar inn i arbeidet med individuell plan / ansvarsgruppemøte må benytte påloggingstilgang for valgt løsning i kommunen. Arbeidet skal være tidsbegrenset basert på spesialisthelsetjenestens oppfølgingsansvar
- Dersom ansatte (koordinator) i SI blir spurt om deltakelse i en digital IP lages det en avtale med kommunen om tidsaspekt, forventningsavklaring og rolleansvar
- Det er *koordinator i kommunen* som er hovedansvarlig for planen, sikrer samtykke fra pasient, gir tilganger og opplæring. Det er kommunen som er dataansvarlig (ansvar for sikkerhet i valgt løsning).
- *Koordinator i spesialisthelsetjenesten* logger seg på med BankID og deltar inn i planen i en tidsbegrenset basert på spesialisthelsetjenestens oppfølgingsansvar.
- Journalføring:
 - Den individuelle planen er samtykkebasert og skal ikke scannes inn i journal
 - Relevant informasjon fra møte skal dokumenteres i journal
 - Referat frå møte kan scannes inn i journal, etter avtale
 - Det skal journalføres, under pasientopplysninger, at pasienten har en individuell plan og hvem som er koordinator

Koordinatorfunksjon

- Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator
- Selv om pasienten ikke skulle ønske eller har behov for individuell plan kan det henvises til kommunen om behovet for kommunal koordinator jf. [helse- omsorgstjenesteloven § 7-2](#)

Koordinator i spesialisthelsetjenesten

- For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a](#), skal det oppnevnes koordinator. Se prosedyre: [Koordinerende enhet - Pasienter med behov for komplekse/langvarige/koordinerte tjenester](#)
- I forbindelse med behov for, og ønske om, igangsetting av IP, skal koordinator sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere, samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan

Koordinerende enhet

- Foretaket skal ha en koordinerende enhet som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. I tillegg skal enheten ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.
- Koordinerende enhet i SI ligger under Avdeling for samhandling og brukermedvirkning
- [Koordinerende enhet - Sykehuset Innlandet \(kontaktinformasjon\)](#)
- [Koordinerende enhet - Sykehuset Innlandet \(les mer om koordinerende enhet\)](#)

Referanser

SI/15.01-01	DIPS Arena - Regionale brukerveiledere (Metodebok)
SI/16-03	Koordinerende enhet - Pasienter med behov for komplekse/langvarige/koordinerte tjenester
SI/26.01.01-02	Samarbeidsavtale - Delavtale 1, Pasientsamarbeid
SI/26.01.01-07	Samarbeidsavtale - Samarbeidsprosedyre 1, Pasientsamarbeid

[Spesialisthelsetjenesteloven](#)
[Pasient- og brukerrettighetsloven](#)
[Psykisk helsevernloven](#)
[Forskrift om individuell plan](#)
[Helsepersonelloven](#)
[Helse- og omsorgstjenesteloven](#)