

# Individuell plan

ideell for samarbeid internt og eksternt  
om brukernes behov



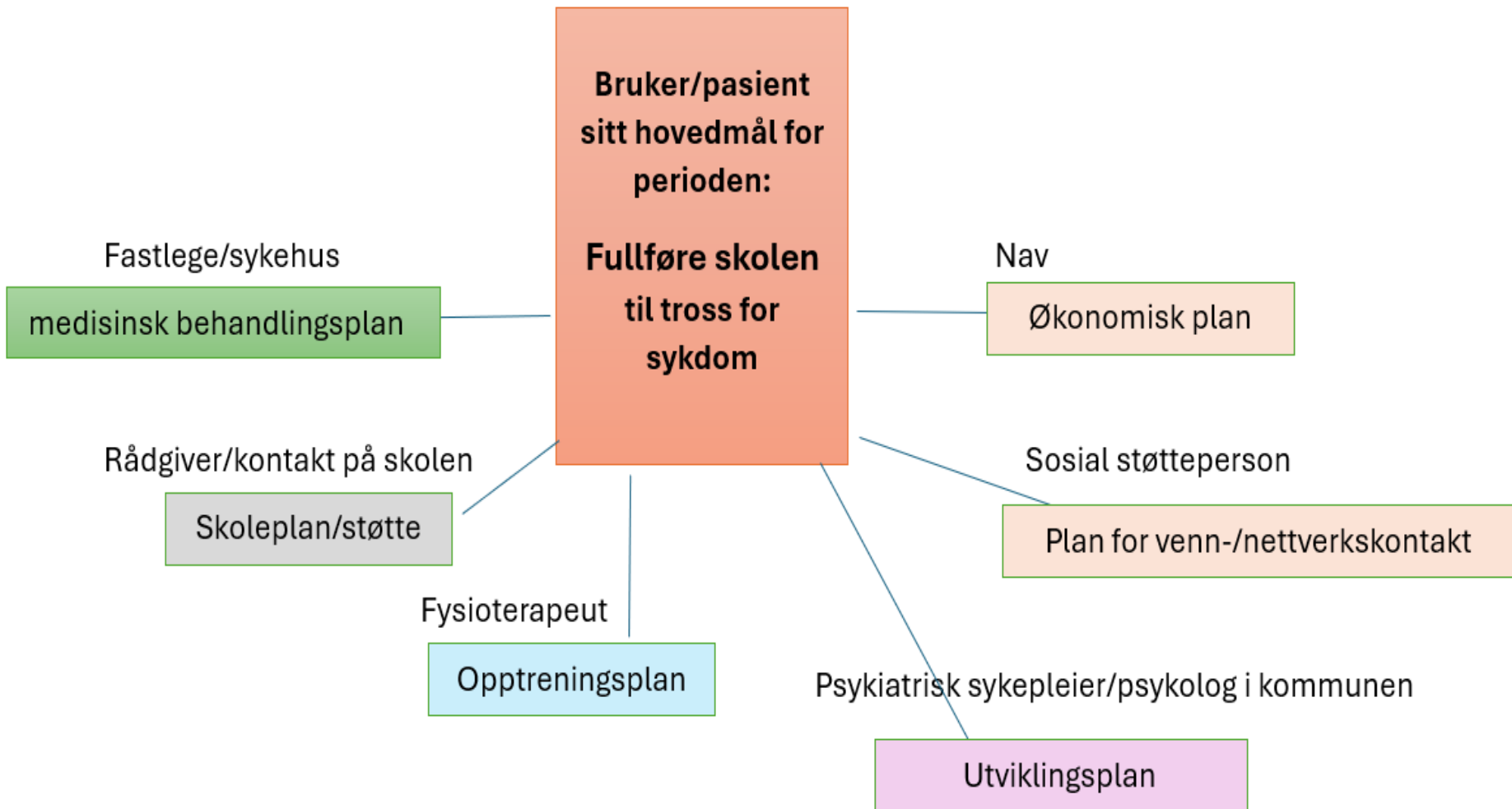
Elisabeth Arntzen 11.09.24

# **Forskriftsfestet rettighet siden 2001**

# Formål med individuell plan

- et helhetlig, **koordinert** og individuelt tilpasset tjenestetilbud ut fra mottakerens mål, ressurser og behov
- styrke samhandlingen mellom alle instanser (avklare roller og oppgaver)

# Illustrasjon av individuell plan



# Status individuell plan kommuner (med rett)

- Av de **over 67 år** som mottok helsetjenester eller bistand i hjemmet, hadde mellom **0 % og 2 %** virksom individuell plan i 2021.
- I aldersgruppen **0–66 år** var andelen **1-15 %**.
- Totale andel 6,6 % (var 10 % i 2014)

# Status individuell plan sykehus

Andel barn i barnehabilitering med/uferdig IP i 2020

- Helse Sør-Øst:
  - andel **9 %**, antall IP 382
- Helse Midt:
  - andel **29 %**, antall IP 263

# Mal individuell plan





Ser-Odal kommune



# *Individuell plan*

Eva Stroken

---

Navn

Muligheter! Vilje! Stolthet!



Planen tilhører:

Navn: ...Eva ...Stroken.....

Født: ...1943.....

Adresse: ...Bjørkåslia 148, 2111 Skogen.....

..... Telefon: 777 77 777.....

Planen gjelder fra 29.11.12. til etter evaluering.

Evalueres og revideres 11.03.13.

Tjenestemottakers egen funksjons- og situasjonsbeskrivelse. Evt. tilleggsm informasjon om ressurser og målsettinger og relevante diagnoser.

**Beskrivelse november 2012:**

Hjerneslag i juni 2012. Lå på sykehus til medio juli.

Overflyttet til sykehjem. Kunne på det tidspunktet ikke stå på beina eller bevege høyre hånd/arm.

Ble forflyttet av 2-3 personer. Hadde snudd døgn.

Hun syntes hun fikk for lite behandling på sykehuset. Kom seg under oppholdet på sykehjemmet, men ønsket det hadde blitt enda bedre.

Blir motløs av at kroppen ikke virker.

Ansvarlig for samordning og fremdrift

	Koordinator i kommunen
Navn	Kari Trøstakk
Arbeidssted	Avdeling helse
Adresse	2100 Skarnes
Tlf/mobil	999 99 999
E-post	kari@sok.no

Overordnet målsetning: "Komme meg på beina fortrest mulig. Få høyre hånd til å fungere."

Område/delmål	Tiltak	Dato oppstart	Ansvarlig person/ instans.	Kommentar/ evaluering.	Dato evaluering	Dato, Avslutt
Gangfunksjon	Fysisk trening	Juli/august 2012	Fysioterapeut Avdelings personale Rehabsykepleier Eva	Se fysiorapport. 11.03.- mål delvis oppnådd. Kan gå med prekestol, men må ha følge.	11.03.- overfør til revidert IP	
Selvhjulpenhet	Bruke h.hånd under måltider Gjøre mest mulig selv ved vask/påkledning Trene på å skrive	August 12.	Ergoterapeut Rehabsykepleier Avd personale Eva	Se tverrfaglig rapport. 11.03.- mer bevegelse i h hånd, mindre hevelse, men klarer ikke nyttiggjøre seg av hånda. Kan brukes til støtte når det trenes videre på å bli mer selvhjulpen som enhandsbruker. <b>Alle</b> må oppfordre Eva til å utføre Det hun kan selv, ikke hjelpe for mye.	11.03. - overfør til revidert IP	
Eliminasjon	Faste "dotider" Kosthold	August12.	Avdelingspersonalet på sykehjemmet og på avd for fysikalsk medisin og rehabilitering. Eva og pårørende	Se tverrfaglig rapporter. Det er funnet løsninger med hjemmetjenesten og pårørende.	11.03. Er i system	11.03.
Tilrettelegge hjemmeforhold	Inngangsparti må tilrettelegges Diverse hjelpemidler  Hjemmesykepleie	Aug/sept 2012.	Ergo- og fysioterapeut Servicevaktmester Rehabsykepleier Hjelpemiddelsentralen  Hjemmesykepleien	Se tverrfaglig rapport 11.03.- arbeid med inngangsparti er utført. Heisplattform på plass. Aktuelle hjelpemidler er blitt vurdert, evt skaffet til veie. Satt i system etter tiltaksbeskrivelse .	11.03.- Overfør til revidert IP	

Underskrift tjenestemottaker:

Underskrift ansvarlig koordinator:



## SAMTYKKE TIL UTARBEIDELSE OG BRUK AV INDIVIDUELL PLAN.

Jeg vil at det utarbeides en individuell plan for meg. Jeg har forstått hva individuell plan er, og hva det innebærer å delta i ordningen. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke tilbake.

Samtykke gjelder f.o.m: \_\_\_\_\_ t.o.m: \_\_\_\_\_

Sted, dato: : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Evt verges/ foresattes underskrift

Jeg ønsker at en annen person skal delta sammen med meg:

\_\_\_\_\_  
Navn på person

Jeg samtykker i at plandokumentet kan distribueres til de personer som er medlemmer i ansvarsgruppa eller som skal yte bidrag ifølge planen. Det skal gis samtykke fra meg hvis andre personer enn de som er involvert i tjenestetilbudet har behov for plandokumentet.

# IP-kampanje Helse Øst

	<b>2007</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2008</b>	<b>2008</b>
	<b>2.tertia</b>	<b>3.tertia</b>	<b>1.tertia</b>	<b>2.tertia</b>	<b>3.tertia</b>
<b>Barne- og ungdomspsykiatri</b>	308	1081	1103	1075	793*
<b>Voksenpsykiatri</b>	1171	1793	1603	1834	1971
<b>Rusbehandling</b>	124	431	631	761	854**
<b>Barnehabilitering</b>	279	524	452	344***	402***
<b>Somatikk/rehabilitering</b>	219	317	559	416	516
<b>Totalt</b>	<b>2101</b>	<b>4146</b>	<b>4348</b>	<b>4430</b>	<b>4536</b>

\* Usikkert tall, da det ble nedjustert etter en tallrevisjon på et helseforetak i Helse Øst.

\*\* Et sykehus har hele tiden inkludert tallene for rus inn i VOP-tallene. Dette tallet skulle derfor vært høyere.

\*\*\* Tallet har gått ned fordi et HF som tidligere registrerte over 200 IP hvert tertial på barnehabilitering, ikke fikk frem tall pga skifte av dataverktøy.

## Utsagn fra bruker

*« Da jeg var i en krise kunne jeg se på lista hvem det var og når jeg kunne kontakte person som jeg kunne henvende meg til. Bare å vite hvem og når jeg kunne kontakte vedkommende var til stor hjelp. Det skapte trygghet.»*

## § 4-1 Plikt til forsvarlighet (lov om k.h-o.tj)

**Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:**

- a. Pasient / bruker gis et **helhetlig og koordinert** tilbud,
- b. gis et verdig tjenestetilbud,
- c. tjenesten og personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

## § 2-2 Plikt til forsvarlighet (sp.h.tj.loven)

**Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge slik at:**

personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter

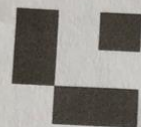
den enkelte pasient / bruker gis et **helhetlig og koordinert tjenestetilbud.**



## § 2 Forsvarlighet (helsepers.loven)

Helsepersonell har **plikt til å delta** i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til en slik plan

# Ny samlende forskrift januar 2023



## LOVDATA

### Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester

Dato	FOR-2022-06-22-1110
Departement	Barne- og familiedepartementet
Ikrafttredelse	01.08.2022
Sist endret	<u>FOR-2022-11-25-2349</u> fra 01.01.2023
Endrer	<u>FOR-2011-12-16-1256</u>
Hjemmel	<u>LOV-1999-07-02-61-§2-1a, LOV-1999-07-02-61-§2-5, LOV-1999-07-02-61-§2-5a, LOV-1999-07-02-61-§2-5b, LOV-1999-07-02-62-§4-1, LOV-2011-06-24-30-§3-2, LOV-2011-06-24-30-§7-1, LOV-2011-06-24-30-§7-2, LOV-2011-06-24-30-§7-3, LOV-2009-12-18-131-§28, LOV-2006-06-16-20-§15, LOV-2021-06-18-97-§15-9</u>
Kunngjort	22.06.2022 kl. 15.25

*Hjemmel: Fastsett ved kol.res. 22. juni 2022 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.*

# Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester (januar 2023)

## § 1. Virkeområde

Forskriften gjelder individuell plan etter

- a. sosialtjenesteloven § 28 og § 33
  - b. NAV-loven § 15
  - c. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1
  - d. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5
  - e. psykisk helsevernloven § 4-1
  - f. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5
  - g. barnevernsloven § 15-9.
- 0 Endret ved forskrift 25 nov 2022 nr. 2349 (i kraft 1 jan 2023).

# Selvstendig plikt til å igangsette arbeid med IP

- **Helse- og omsorgstjenesten**
  - kommunen og sykehuset har begge plikt til å **igangsette** arbeidet med IP
  - ved behov for kommunale h-o-tjenester skal sykehuset **varsle** kommunen snarest om behov for IP og **bidra** i arbeidet
- **Kommunedelen av Nav** – sosiale og økonomiske tjenester
- **Barnevernstjenesten**

# Plikt til å medvirke

- Plikt til å medvirke til individuell plan:
  - [barnehageloven § 2b](#) første ledd,
  - [opplæringslova § 24-1](#),
  - [krisesenterlova § 4](#) første ledd,
  - [friskolelova § 3-6a](#) første ledd eller
  - [integreringsloven § 50](#) første ledd,

Tjenesteyteren som er **igangsetter**, skal kontakte disse for å opprette et samarbeid.

# Koordinator

## Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a,b

- Ved komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester **skal det oppnevnes** koordinator (helsepersonell).

## Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2

- Kommunen skal **tilby** koordinator (helsepersonell ikke krav), selv om brukeren ikke ønsker IP.
- Koordinatoren skal **følge opp** brukeren, sikre **samordnet** tjenestetilbud og **fremdrift IP**.
- Barnekoordinator **skal oppnevnes**.

# Status koordinator (med rett)

- Totale andel med koordinator var **13 %** i 2021.
- Varierte mellom 5 og 13 % i perioden 2015-2021.
- **24 %** av de med **omfattende bistandsbehov** hadde koordinator

# Brukerens livsmål i sentrum

Fra brukermedvirkning i tjenestens systeme  
til  
helsepersonellmedvirkning i pasientenes liv.



# Innholdet i IP (forskriften)

- Oversikt over
  - pasientens/brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
  - hvem som deltar og hvem som er koordinator
  - hva bruker, tjeneste-/bidragsytere, pårørende og andre bidrar med i omfang og hvem som har ansvaret
- Beskrive hvordan tiltakene vil gjennomføres, tidsperioden og når evaluere (planene til bidragsyterne)
- Få samtykke

# Utsagn fra brukere

*«Planen trenger ikke være avansert:*

- Tidsfrister er viktige og*
- Hvem som er ansvarlig*
- Fokuser på meg – ikke sykdommen»*

*Brukere e-lærings-CD i 2007*

*« Struktur og informasjon er viktig. Da kan vi mer ta kontroll over eget liv. Jeg vet hvem jeg kan kontakte dersom rollen deres er avklart.»*

*Mor i Bodø i 2008*

# Referanser

- **Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester (2023)**



- **Helsedirektoratet (2024):**  
Struktur og fleksibilitet i oppfølging og koordinering. Rapport Sintef



- **Arntzen, Elisabeth (2021):**  
Ledelse og kvalitet i helsetjenesten – Arbeidsglede og orden i eget hus. Gyldendal.



- **Arntzen, Elisabeth (2024):**  
Trygg som leder. Gyldendal.





Hamar  
kommune

## Hvordan kan koordinator og individuell plan bidra til god oppfølging?



# Hvem er vi?

Koordinerende enhet i Hamar kommune

- > Vurdere retten til barnekoordinator/koordinator
- > Utnevne barnekoordinator /koordinator i samarbeid med leder
- > Være barnekoordinator/koordinator selv
- > Ansvar for opplæring og veiledning
- > Systemansvar for elektronisk verktøy

Det var en viktig jobb som skulle gjøres og Alle ble bedt om å gjøre det.

Alle var sikker på at Noen ville gjøre det.

Enhver kunne ha gjort det, men det var Ingen som endte opp med å gjøre det.

Noen ble sint, fordi det var Alles jobb.

Alle trodde Enhver kunne gjøre det, men Ingen forsto at Alle ikke ville gjøre det.

Det endte opp med at Alle ga skylden på Noen da Ingen gjorde det Enhver kunne ha gjort.

# Hva trengs?

- > Medvirkning
- > Koordinatoren selv
- > Ledelse
- > Samarbeidspartnere

# Medvirkning

> Hva er viktig for deg?

> Husk å se hele mennesket!

> Husk at du møter mennesker i en sårbar situasjon



# Planprosessen IP

En **ytre** prosess

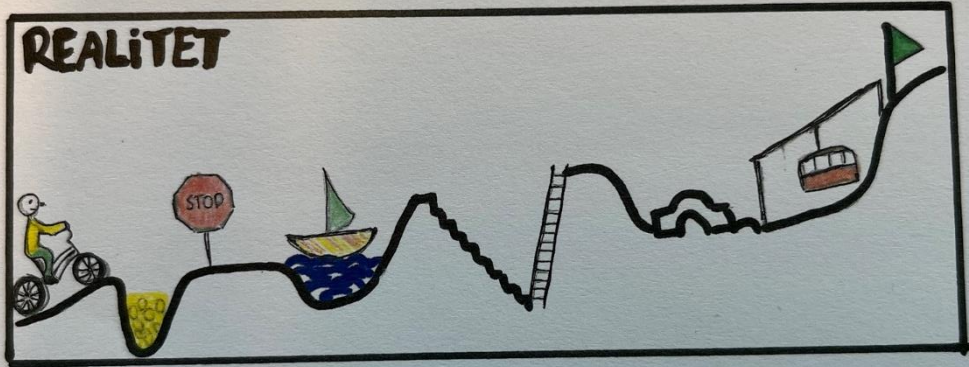
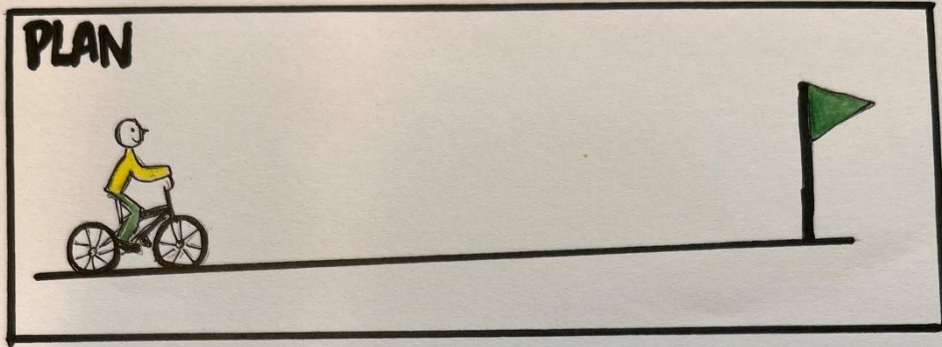
Knyttet til det konkrete arbeidet, tiltakene, treningen, aktiviteten, planleggingen

En **indre** prosess

Knyttet til aksept, erkjennelse, bearbeiding, nyorientering

Hvordan leve best mulig, slik det er blitt?

*Målformulering og skriftlig plan styrker  
den indre prosessen*



Tegning: Gry Akre

# Koordinators oppgaver i veileder

- 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 godt samarbeid mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten, 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
- være teamleder i pasient og brukers tverrfaglige oppfølgingsteam og initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til individuell plan og koordinering
- følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet
- følge opp og evaluere arbeidsprosessen

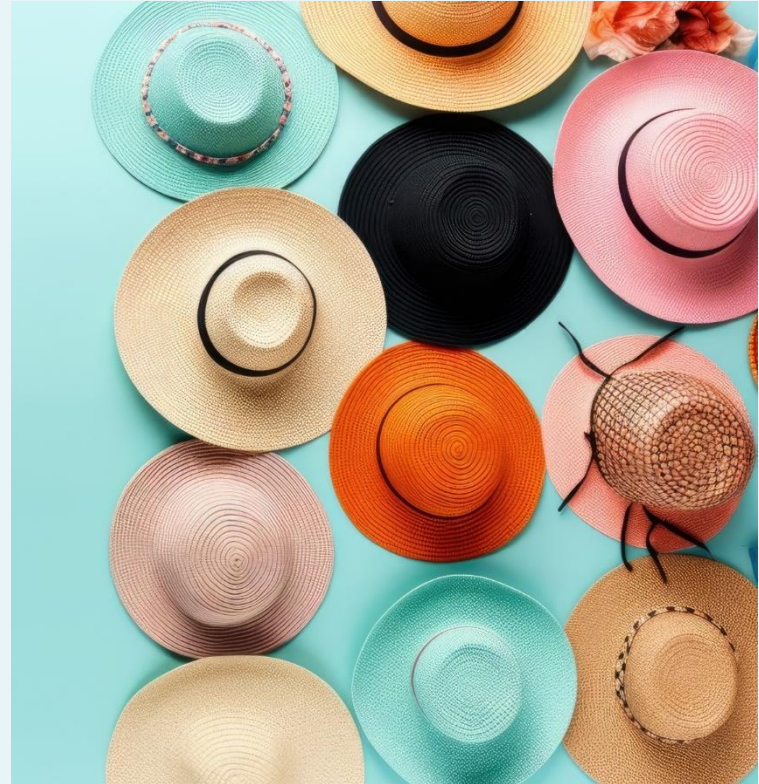
# Koordinators oppgaver i praksis

- > Relasjon og tillit
- > Møtepunkter og samhandling
- > Hovedkontakt og bindeledd
  
- > INDIVIDUELL PLAN

# Ulike roller

- > Ofte minst to hatter, både tjenesteyter og koordinator
- > Man må være bevisst på hvilken hatt man har på
- > Koordinator gjør en jobb for **hele** kommunen
- > Forventningsavklaring er viktig!

Foto: Adobe Stock



# Ledelse

- > Prioritering
- > Anerkjennelse
- > Tidsressurs
- > Opplæring
- > Veiledning
- > Verktøy for samhandling

# Samarbeidspartnere



Gjensidig samarbeid



Digitalt verktøy

# Dialogmøte

Ønske om flere «dedikerte» koordinatorene som ikke har andre roller

Ønske om sjekklister, slik at det blir lik oppfølging, for eksempel i overganger

Viktig med informasjons-overføring fra kommunen til koordinator.

Forventningsavklaring

Det er god økonomi i god «prosjektledning»

Viktig med god struktur og samling av informasjon

God hjelp at koordinatorene tar noen oppgaver for å avlaste

God, tett dialog med koordinator er viktig

Opplæring og tett oppfølging av koordinatorene

Koordinatoren må få tid til å gjøre jobben

Viktig at IP lages og blir et godt verktøy

Styrking av koordinerende enhet



# Hvordan kan koordinator og IP bidra til god oppfølging?

Koordinator  
kommer raskt på  
plass

Riktige tjenester til  
rett tid

Individuell plan

Kompetanseheving  
for koordinatore

# Den ideelle koordinator



- > Fryktløs
- > Ivrig
- > Stor arbeidskapasitet
- > Røntgensyn
- > Superhørsel
- > En liten dose synskhet
- > Koselig
- > Har oversikt

Foto: Adobe Stock



Hamar  
kommune

Takk for oss



# **Bruk av individuell plan og koordinator i spesialisthelsetjenesten**

**Ingrid E Sundfør,  
spesialrådgiver Divisjon Habilitering og rehabilitering**

*11.09.2024*

## Individuell plan

*Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Dersom en pasient har behov for tjenester både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan*

(Spesialisthelsetjenesteloven §2-5)

## Koordinator

*For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes koordinator.*

*Koordinatoren skal 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.*

(Spesialisthelsetjenesteloven §2-5a).

## I Oppdragsdokumentet for 2024 fikk de regionale helseforetakene følgende oppdrag:

*«Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at organisatorisk plassering av koordinerende enhet lokalt og regionalt bidrar til at enhetene på best mulig måte understøtter god koordinering i sykehusene og ivaretar sitt overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Helse Sør-Øst RHF skal også iverksette tiltak i egen region for å realisere målet med de lovregulerte koordineringsordningene i spesialisthelsetjenesten (koordinator, kontaktlege, koordinerende enhet og individuell plan).»*

Helse Sør-Øst har lagt opp til at oppdraget delvis løses gjennom et regionalt prosjekt ledet fra RHFet, der alle helseforetakene deltar. Fagdirektørene har sluttet seg til denne framgangsmåten.

## I oppdrags- og bestillingsdokumentet fra HSØ til Sykehuset Innlandet er oppdraget videreført:

*«Helseforetaket skal sørge for at organisatorisk plassering av koordinerende enhet lokalt bidrar til at enhetene på best mulig måte understøtter god koordinering i sykehusene og ivaretar sitt overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Helseforetaket skal også iverksette tiltak i egen region for å realisere målet med de lovregulerte koordineringsordningene i spesialisthelsetjenesten (koordinator, kontaktlege, koordinerende enhet og individuell plan).»*

# Leveransene fra det regionale prosjektet er:

## 1) Kartlegging av:

- Hvordan **koordinatorfunksjonen** og koordinerende enhet er organisert i de ulike sykehusene
- RKE (Regional koordinerende enhet)
- Kontaktlege og **individuell plan** – praksis i helseforetakene/sykehusene

## 2) Løsningsforslag

## 3) Plan for iverksettelse av valgte løsninger

# Sykehuset Innlandet: Koordinerende enhet



- I henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-5 b, jfr. § 11 i forskrift om rehabilitering, habilitering og koordinator skal det være en koordinerende enhet i hvert helseforetak.
- Oppgaver for koordinerende enhet:
  1. Ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbud i regionen
  2. Ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen
  3. **Ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator**

## [Koordinerende enhet - Sykehuset Innlandet HF \(sykehuset-innlandet.no\)](https://www.sykehuset-innlandet.no)

Kilde:

[Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b..](#)

[Nasjonal veileder: Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#)



# 1. Ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliterings-tiltak i helseregionen

- 1) Oversikt over habilitering og rehabiliteringstilbudet i Sykehuset Innlandet
- 2) Oversikt over andre helseforetak / sykehus og private tilbydere med avtale med HSØ

Rehabilitering		Habilitering		Helseforetak		Regionale helseforetak		Regionale helseforetak		Regionale helseforetak	
100	Rehabiliteringstilbudet	100	Habiliteringstilbudet	100	Helseforetak	100	Regionale helseforetak	100	Regionale helseforetak	100	Regionale helseforetak
101	Rehabiliteringstilbudet	101	Habiliteringstilbudet	101	Helseforetak	101	Regionale helseforetak	101	Regionale helseforetak	101	Regionale helseforetak
102	Rehabiliteringstilbudet	102	Habiliteringstilbudet	102	Helseforetak	102	Regionale helseforetak	102	Regionale helseforetak	102	Regionale helseforetak

## Avdelinger innen habilitering og rehabilitering

Oversikt over avdelinger innen rehabilitering og habilitering.

Publisert 25.09.2017 / Sist oppdatert 01.06.2022

### Habilitering

- [Habiliteringsstjenesten\\_Lillehammer](#)
- [Habiliteringsstjenesten\\_Sanderud](#)

### Rehabilitering

- [Fysikalsk medisin og rehabilitering](#)
  - [Granheim lunger Rehabilitering](#)
  - [Helse og arbeid](#)
  - [Rehabilitering\\_Ortstede](#)
  - [Rehabilitering\\_Solås](#)
  - [Smerte og CFS/ME](#)

### Koordinerende enhet

- [Koordinerende enhet](#)

### Relaterte sider

[Mer om koordinerende enhet og samarbeid med kommunene](#)

**Habilitering**

- Habilitering, barn og unge
- Habilitering, voksne

**Rehabilitering**

- Amputasjoner
- Brudd, ortopedi og slitasjeskader i øljelett
- CFS/ME
- Hjerneslag og ervervet hjerneskade
- Hjertesykdommer
- Kreftsykdommer
- Langvarig muskel- og bløtdelserte
- Lungetykdommer
- Nevrologiske og nevrologiske sykdommer
- Rehabilitering med arbeid som mål

## Koordinerende enhet

Alle kommuner og regionale helseforetak skal ha en koordinerende enhet. Koordinerende enhet i Sykehuset Innlandet har oversikt over habilitering- og rehabiliteringstilbudet i Innlandet. Dette inkluderer tilbud i spesialisthelsetjenesten, samt informasjon om det kommunale tilbudet.

### Oppgaver for koordinerende enhet

- Ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i helseregionen
- Ha oversikt over og nærtliggende kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvitenskapen i kommunen
- Ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator

### Rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten

Sykehuset Innlandet har et eget habilitering- og rehabiliteringstilbud. Tilbudet omfatter poliklinisk, ambulante tjenester og døgnoophold.

Her er en oversikt over tilbudet i Sykehuset Innlandet →  
Der hvor sykehuset Innlandet ikke kan tilby et rehabiliteringstilbud, finnes det ulike private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med Helse Sør-Øst.

Her er en oversikt over rehabiliteringstilbudet i Helse Sør-Øst ↗

Mentioning av pasienter gjøres av blant annet sykehus, fastleger eller private legespesialister.

## Kilder:

- <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandlinger>
- [Rehabiliteringstilbud - Sunnaas sykehus HF](#)
- [Avdelinger innen habilitering og rehabilitering - Sykehuset Innlandet \(sykehuset-innlandet.no\)](#)
- [Koordinerende enhet - Sykehuset Innlandet \(sykehuset-innlandet.no\)](#)

SUNNAAS SYKEHUS

Regionale helseforetak

Rehabiliteringstilbud

I spesialisthelsetjenesten i helseregion sør-øst finnes det rehabiliteringstilbud i helseforetak (sykehus) og ved private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst RHF.

## 2. Ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen

- Oversikt over kommunene i Sykehuset Innlandet sitt opptaksområde Utgangspunkt i kommunene sine egne nettsider
- Totalt 42 kommuner
- Habilitering og rehabiliteringstilbud (**+ mer?**)

[Tilbud i kommunen - Sykehuset Innlandet HF \(sykehuset-innlandet.no\)](http://sykehuset-innlandet.no)

### Tilbud i kommunen

Oversikt over kommunal koordinerende enhet og habiliterings- og rehabiliteringstilbud i kommunene i Innlandet.

#### Kommuner (A-Å)

Alvdal kommune

[Koordinerende enhet](#)

[Helse tjenester](#)

[Fysioterapi](#)

[Ergoterapi](#)

Dovre kommune

Elverum kommune

Engerdal kommune

Etnedal kommune

Folldal kommune

Gausdal kommune

[Koordinerende enhet](#)

[Helse tilbud](#)

[Fysio- og ergoterapi](#)

[Frisklivssentraen](#)

Gjøvik kommune



### 3. Ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for (oppnevning), opplæring og veiledning av koordinator

- Det finnes felles rutiner for individuell plan og koordinator for hele SI
  - Individuell plan
  - Koordinator i spesialisthelsetjenesten - pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester
- ***Det er de ulike enhetene som selv vurderer behov for individuell plan og koordinator og sikrer oppnevning av koordinator***
  - Alle med primær/ hovedkontaktansvar eller annet oppfølgingsansvar for overføring til kommunen har ansvar for **initiering** av individuell plan (IP) / melde behovet for individuell plan til kommunen dersom pasienten ønsker / samtykker til dette
- Mulighet for kompetanseheving og opplæring ved behov.





# Oppsummering av kartlegging / spørreskjema til enheter i Sykehuset Innlandet, 17.6.- 18.8.24

- 41 svar
  - 26 svar fra psykisk helsevern
  - 15 svar fra somatikk (inkl. Habilitering og rehabilitering)
- Ulike typer samarbeid med kommunehelsetjenesten

# Individuell plan





Vurderes behovet for individuell plan for pasienten og behovet initieres videre ovenfor pasientens hjemkommune?

Antall svar: 39

Svar	Antall	% av svar	Diagram
Ja	37	94.9%	 94.9%
Nei	2	5.1%	 5.1%



Ja:

Antall svar: 37

Svar	Antall	% av svar	Diagram
Behovet vurderes, men ingen av våre pasienter har behov eller ønsker dette	0	0%	 0%
Behovet vurderes og vi initierer behovet videre til kommunene der hvor det er aktuelt	31	83.8%	 83.8%
Behovet vurderes og vi starter arbeidet med opprettelsen av individuell plan mens pasienten er hos oss	5	13.5%	 13.5%
Annet	1	2.7%	 2.7%

# Individuell plan

**Samarbeider / medvirker ansatte i din enhet / avdeling i kommunens arbeid med individuell plan?**

Svar	Antall	% av svar	Diagram
Ja	29	72.5%	 72.5%
Nei	11	27.5%	 27.5%

# Individuell plan

Ja: Antall svar: 29

Svar	Antall	% av svar	Diagram
Deltar på ansvarsgruppemøter i kommunene	25	86.2%	86.2%
Deltar i digitale løsninger for individuell plan som kommunen har opprettet	5	17.2%	17.2%
Annet	6	20.7%	20.7%

## Nei, hva er årsaken?



Antall svar: 11

Svar	Antall	% av svar	Diagram
Det anses ikke som vår (spesialisthelsetjenestens ) oppgave så lenge pasienten ikke er innlagt / i et pasientforløp hos oss	6	54.5%	54.5%
Utfordringer med deltakelse i digitale løsninger for individuell plan	4	36.4%	36.4%
Annet	3	27.3%	27.3%

# Koordinator

## Oppnevnes det koordinator til pasienter med behov for komplekse eller langvarig og koordinerte tjenester?

Antall svar: 41





Svar	Antall	% av svar	Diagram
Ja	32	78%	 78%
Nei	9	22%	 22%

### Ja:

- Forløpskoordinatorer
- Koordinatorer i spesialisthelsetjenesten
- Case manager i FACT
- Etterspør koordinator i kommunen

### Nei, hva er årsaken?

Antall svar: 9

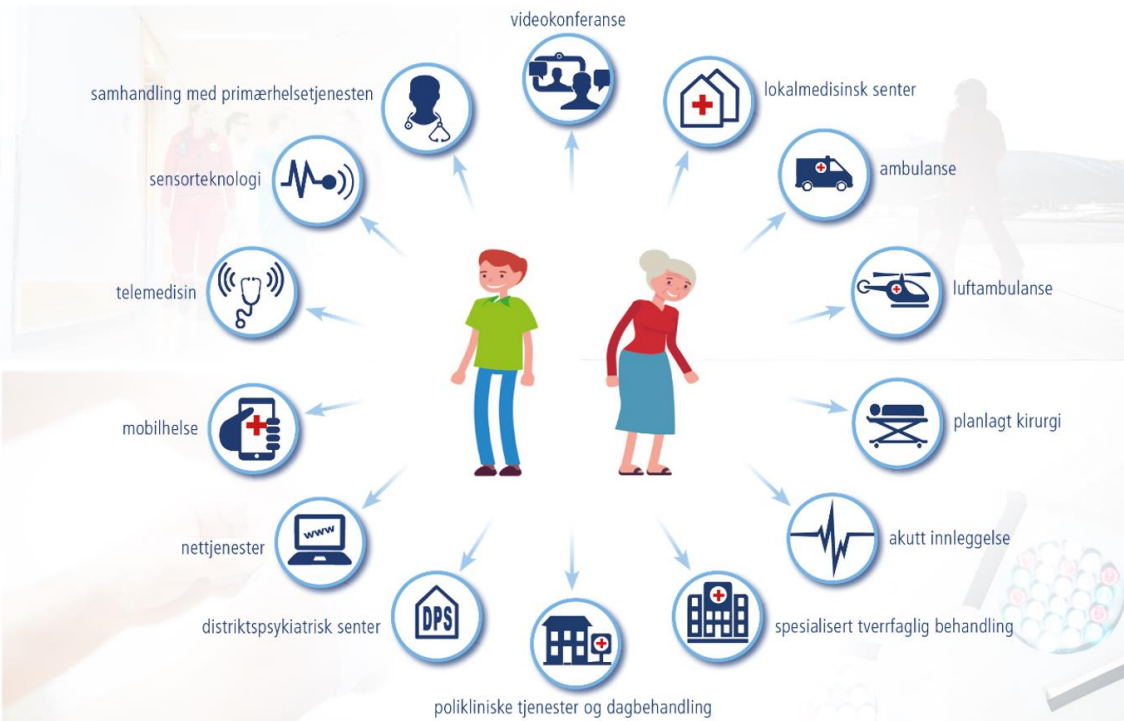
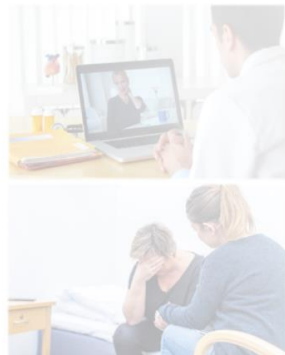
Svar	Antall	% av svar	Diagram
Ikke aktuelt for vår pasientgruppe	1	11.1%	 11.1%
Kjenner ikke til ordningen	2	22.2%	 22.2%
Manglende opplæring	1	11.1%	 11.1%
Annet	6	66.7%	 66.7%



Samhandling



Desentralisert



Prehospitalt



Spesialisert

