

www.sintef.no



**SINTEF Helse**

Postadresse:
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/
7465 Trondheim

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH)

Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003

FORFATTER(E)

Steinar Trefjord og Trond Hatling

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A045020	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Seinorrådgiver Jan Tvedt	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03663-1	PROSJEKTNR. 785039.01	ANTALL SIDER OG BILAG 75
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\785039.01, HPP\samhandlingsprosjekt\Rapport		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Steinar Trefjord	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Kjerstina Røhme
ARKIVKODE E	DATO 2004-11-12	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Torleif Ruud, forskningssjef <i>Torleif Ruud</i>	

SAMMENDRAG

Rapporten inneholder erfaringer og anbefalinger fra arbeid med individuell plan for voksne personer med psykiske lidelser. En viktig erfaring er at individuell plan er et ledelsesansvar. Det må legges til rette for at fagpersoner kan jobbe med individuell plan og særlig utøve koordineringsfunksjonen. Dette krever at ledere ved de instanser som skal samarbeide om å gi tjenester til brukere, enten disse er kommunale eller gis fra helseforetak, må gå sammen om opplæring, utvikling av rutiner og bli enige om samarbeidsformer hvor ansvar og oppgaver fordeles.

Individuelt planarbeid handler om samhandling mellom bruker og fagpersoner. I dette samarbeidet skal brukeren formidle til fagpersoner (tjenesteytere) sine mål, ressurser og behov for tjenester innen ulike områder. For å lykkes i dette arbeidet er det viktig med en god dialog mellom fagperson og bruker. I rapporten beskrives dette ved å vise eksempler på hva verdier som tillit, åpenhet og likeverd betyr i denne dialogen. Erfaringene som beskrives understreker at å jobbe med individuell plan handler om at fagpersoner viser respekt for brukerens ståsted i møte med hjelpeapparatet og at fagpersoner evner å la brukerens tempo og behov styre planprosessen framfor egne eller andres forventninger til individuelt planarbeid. Også brukeren har et ansvar for å delta i planarbeidet.

Rapporten drøfter erfaringer og eksempler fra individuelt planarbeid som for eksempel: initiativ til oppstart av individuelt planarbeid, informasjon til bruker om individuell plan, innhenting av samtykke, begreps- og språkbruk, valg av samarbeidsformer, tilrettelegging for pårørende-deltagelse, kartlegging av brukerens mål, ressurser og behov, vurdering av behov for bistand, gjennomføring og evaluering av tiltak, samordning og koordinering av planarbeid og tjenester, revisjon av planen og bruk av dataverktøy. Dette krever evne hos fagperson, og særlig hos den som har koordineringsansvaret, til å jobbe med bredt fokus på brukerens liv og til å jobbe i aktive relasjoner til andre tjenesteytere.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helse	Mental Health
GRUPPE 2	Individuell plan	Individual plan
EGENVALGTE		

Forord

Høsten 2002 startet SINTEF Helse forarbeidet med å etablere Samhandlingsprosjektet. Hensikten med prosjektet var å utvikle gode rutiner i bruk av planverktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH) og det tilsvarende dataprogrammet PlanPro i et samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har foregått i Rogaland og representanter fra Mental Helse Sandnes, Helse Stavanger HF (SiR Psykiatrisk klinikk voksne og SiR Varatun psykiatriske senter) og Sandnes kommune (Seksjon psykiatri) har deltatt i den lokale prosjektgruppa.

Fagpersoner fra disse instansene har hatt ansvar for samordning og framdrift av arbeidet med individuell plan for fem personer med psykisk lidelse, i rapporten benevnt som *brukere*. Disse brukerne fikk utarbeidet sin individuelle plan i løpet av prosjektperioden. Fagpersonene brakte sine erfaringer fra planarbeidet med den enkelte brukeren til ei arbeidsgruppe, hvor erfaringene ble presentert og drøftet. Arbeidsgruppa har bestått av to brukerrepresentanter fra Mental Helse Sandnes, syv fagpersoner og prosjektleder. Disse møttes regelmessig i perioden februar til desember 2003.

For å yte støtte og bistand i forhold til IT-tekniske problemstillinger, samt juridiske og sikkerhetsmessige aspekter knyttet til deling av helseinformasjon, har SINTEF IKT og Hiadata AS deltatt sammen med SINTEF Helse i en utviklingsgruppe for prosjektet.

SINTEF Helse, Trondheim

Juni 2004

Innhold

Forord	1
Innhold	3
1 Innledning.....	7
2 Behov for tilrettelegging for arbeid med individuell plan	9
2.1 Innledning	9
2.2 Felles opplæring i kommune og helseforetak	9
2.3 Utvikling av rutiner som ivaretar prosessene for et individuelt planarbeid	11
2.4 Samarbeid og ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommune	13
2.5 Konklusjon.....	15
3 Forutsetninger for å lykkes med individuell plan.....	17
3.1 Innledning	17
3.2 Tillit og relasjonsbygging.....	17
3.3 Åpenhet og likeverd	18
3.4 Respekt for at brukeren trenger tid.....	18
3.5 Individuell plan - et redskap for terapeutiske prosesser?	19
3.6 Konklusjon.....	20
4 Initiativ til oppstart.....	21
4.1 Innledning	21
4.2 Hva førte til oppstart av et planarbeid?	21
4.3 Konklusjon.....	23
5 Informasjon, samtykke og forståelig språk.....	25
5.1 Innledning	25

5.2	Informasjon er ikke gitt før den er mottatt og forstått	25
5.3	Brukeren og deltagere i planarbeidet må få samme informasjon	26
5.4	Samtykke må ikke ses på som merarbeid	26
5.5	Benytt brukerens egne ord og begreper	27
5.6	Konklusjon.....	27
6	Ulike samarbeidsformer og deltakere i planarbeidet	29
6.1	Innledning	29
6.2	De vanligste samarbeidsformer i planarbeidet	29
6.3	Nye og utradisjonelle arbeidsmåter.....	31
6.4	Fagpersoner - deltakere i planarbeidet på forskjellige måter.....	32
6.5	Pårørende eller personer i brukerens nettverk som deltakere i planarbeidet.....	33
6.6	Konklusjon.....	35
7	Kartlegging av brukerens behov, mål og ressurser	37
7.1	Innledning	37
7.2	Både bruker og fagperson kan fylle ut kartleggingskjemaene	37
7.3	Kartlegging av brukerens ressurser for å dekke behov.....	38
7.4	Hvem skal gjennomføre kartleggingen?	39
7.5	Bevissthet om kartleggingens hensikt	40
7.6	Noen ganger stopper planprosessen opp	41
7.7	Konklusjon – og noen utfordringer til fagpersoner.....	42
8	Brukervurdering og faglig vurdering av behov for bistand	43
8.1	Innledning	43
8.2	Bør fagfolk vurdere brukerens behov?	43
8.3	Konklusjon.....	46
9	Tiltak og evaluering av tiltak	47
9.1	Innledning	47
9.2	Erfaringer med IPPH.....	47
9.3	Nyttig å dele erfaringer, også om detaljer i planarbeidet	49

9.4	Erfaringer med IPPH i evaluering av tiltak.....	51
9.5	Konklusjon.....	52
10	Koordinering.....	55
10.1	Innledning	55
10.2	Koordinator trenger kunnskap både om individuell plan og tjenestetilbud	55
10.3	To beskrivelser av koordinatorrollen – "los" og "advokat".....	56
10.4	Valg av koordinator – får brukeren påvirke valget?	57
10.5	Koordinators myndighet.....	58
10.6	Skifte av koordineringsansvar mellom fagpersoner i kommune og foretak	59
10.7	Koordinering av praktiske og konkrete oppgaver	60
10.8	Konklusjon.....	61
11	Revisjon av planen	63
11.1	Innledning	63
11.2	Evaluering og revidering av planen	63
11.3	Konklusjon.....	64
12	Bruk av dataverktøy i utforming av individuell plan og elektronisk samhandling	65
12.1	Utvikle rutiner for sikker deling av sensitiv helseinformasjon	65
12.2	Bruk av PlanPro i utforming av individuell plan	65
12.3	PlanPro skulle prøves ut som et felles dataverktøy i arbeidet med Individuell plan ..	68
12.4	Pilottesting av webbasert løsning for elektronisk samhandling (SamPro)	70
12.5	Vurdering av fire aktuelle planverktøy beskrevet i dette kapitlet	70
12.6	Konklusjon.....	71
13	Vedlegg 1	73
14	Vedlegg 2	75

1 Innledning

Denne rapporten beskriver våre erfaringer med å utforme individuelle planer for fem personer med psykisk lidelse. Selv om dette er et lite utvalg, tror vi våre erfaringer vil være nyttige for andre som skal starte arbeidet med individuell plan. Utgangspunktet for Samhandlingsprosjektet var å skaffe erfaringer med bruk av planverktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH).

Kapittel 2 fokuserer på behovet for tilrettelegging for arbeid med individuell plan. Kapitlet peker på opplæring, utvikling av rutiner, samarbeid og ansvarsfordeling som de mest sentrale momentene ved tilretteleggingen av arbeidet.

Kapittel 3 inneholder viktige *forutsetninger for å lykkes* med individuell plan, hvor aspekter ved samhandlingen og relasjonen mellom brukeren og fagpersonen står i sentrum.

Arbeidet med individuell plan kan bestå av flere ulike aktiviteter og prosesser hvor ulike personer deltar. I kapitlene fire til elleve beskrives de viktigste av disse aktivitetene og prosessene. Kapitlene inneholder en god del konkrete eksempler som kan fungere som tips til brukere og fagpersoner som skal jobbe sammen om individuell plan.

Det siste kapitlet handler om bruk av dataverktøy i utforming av individuell plan og elektronisk samhandling.

Deltakere i prosjektets arbeidsgruppe:

Eilert Hjørnevik, Tove Borgli (våren) og Aud Klringen (høsten) fra Mental Helse Sandnes.

Synnøve Ladstein og Vigdis Os fra Helse Stavanger HF, Varatun psykiatriske senter.

Tone Pedersen, Solveig Nårstad (våren), Bjørge Leirvik (våren) og Anne Lise Ungar (høsten) fra Helse Stavanger HF, psykiatrisk klinikk voksne.

Hilde Merete Thorsen, Terje Stokka og Steinar Trefjord (prosjektleder) fra Sandnes kommune, seksjon psykiatri.

2 Behov for tilrettelegging for arbeid med individuell plan

2.1 Innledning

Forskrift om individuell plan, § 5 lyder: "Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt pasient, som skal omfatte behov for tjenester fra primær- og spesialisthelsetjenesten." Dette avsnittet i forskriften utfordrer det manglende samarbeidet mellom fagpersoner i kommune og helseforetak. Innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er et slikt samarbeid særlig viktig, nettopp fordi brukerne som har rett på individuell plan ofte mottar tjenester både fra kommune og helseforetak.

I dette kapitlet har vi samlet våre erfaringer knyttet til å tilrettelegge arbeidet med individuell plan. Vi har brukt tre kilder for å skaffe oss erfaringer. For det første erfarte vi i arbeidet med den enkelte brukeren sin individuelle plan hvordan det var tilrettelagt for et slikt planarbeid. For det andre arrangerte Prosjektgruppa to møter med våre instansledere i løpet av prosjektperioden. Her ble erfaringer fra prosjektet presentert og utfordringer diskutert. Fokus var rutiner, ansvarsfordeling, opplæring og samarbeid. Som en tredje kilde diktet vi i siste del av prosjektet opp en "bruker" og laget en historie (case). Vi fulgte brukeren gjennom en innleggelse ved institusjon og gjennom planlegging og samarbeid med kommunen med tanke på utskriving. Vi gjorde dette for å kunne beskrive behov for tilrettelegging for arbeid med individuell plan.

Erfaringene har vi sortert i tre ulike områder:

- felles opplæring og kompetanseutvikling i kommune og helseforetak
- utvikling av rutiner som ivaretar prosessene for et individuelt planarbeid
- samarbeid og ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommune

2.2 Felles opplæring i kommune og helseforetak

Vi presenterer i dette kapitlet de viktigste erfaringer vi har gjort når det gjelder behovet for opplæring og kompetanseutvikling, og noen forslag til felles tiltak i kommune (psykisk helsearbeid) og helseforetak (psykisk helsevern).

2.2.1 Behov for felles tenkning

Alle i prosjektgruppa var enige i at vi, enten vi jobber ved sykehus, psykiatrisk senter eller i kommunen, trenger å komme fram til en felles tenkning om individuell plan. Vi opplevde store forskjeller i hvordan den enkelte tenker rundt individuell plan, for eksempel "hvem har rett til individuell plan – og hva er hensikten?", "hvem har ansvar for hva?" og "hvem setter i gang – og hvordan?"

Forslag til tiltak (1)

Komme sammen å utvikle tenkning om individuell plan

Fagpersoner og ledere fra instansene og brukerrepresentanter møtes for å dele erfaringer med individuell plan og utvikle en felles forståelse av hva individuell plan dreier seg om. Måten fagpersoner og brukerrepresentanter har jobbet sammen på i prosjektgruppa kan være et eksempel på en slik form for erfaringsutveksling og kompetansebygging.

2.2.2 Behov for igangsettere

Mange publikasjoner de senere år har vist at det er tungt å komme i gang med individuell plan, både som organisasjon og enkeltutøver¹. Ved det psykiatriske senteret var det noe erfaring med at en av de ansatte fikk ansvar for å være en igangsetter i forhold til individuell plan. Denne personen hadde et generelt opplærings- og veilederansvar ved senteret. Hun deltok også sammen med en annen fagperson i konkret utarbeidelse av plan for enkelte brukere ved å supplere fagpersonen, som hadde mindre kunnskap og erfaring med arbeid med individuell plan. Når planarbeidet var i gang trakk hun seg ut, og brukeren og koordinatoren fortsatte alene. Å være en slik nøytral tredjeperson viste seg også i noen tilfeller nyttig under kartlegging og vurdering av behov.

Forslag til tiltak (2)

Igangsettere ved alle instanser

For å hjelpe fagpersoner med å komme i gang med individuell plan foreslås en igangsetter ved hver av instansene. En av de ansatte kan få denne rollen. Oppgaver kan være å undervise og veilede kolleger om individuell plan generelt, men også å bistå i den enkelte planprosess.

Forslag til tiltak (3)

Forum for igangsettere

Hvis instanser som samarbeider mye oppretter igangsettere bør disse i tillegg ha et felles forum. Her kunne erfaringer utveksles og felles problemstillinger diskuteres. Et slikt forum kunne også ha som oppgave å lage felles rutiner for arbeid med individuell plan.

2.2.3 Forslag til undervisningsopplegg

Som vi vil komme tilbake til i denne rapporten innebærer individuell plan betydelige endringer i arbeidsmåter. Da er det et paradoks at det ikke foregikk systematisk opplæring i arbeid med individuell plan ved noen av deltakernes arbeidsplasser.

Forslag til tiltak (4)

Felles undervisning

Kommune og helseforetak bør gå sammen om *felles* undervisning i individuell plan.

Deltakerne i prosjektet har identifisert temaer som vil være aktuelle å inkludere i et slikt undervisningsopplegg:

Brukerorienterte tema

- fagpersoners holdninger til brukeren og brukermedvirkning
- brukermedvirkning i praksis
- betydningen av å skape tillit og bygge allianse med brukeren
- betydningen av å legge til rette for at pårørende eller venn kan være med i planarbeidet?

¹ SKUR-rapport 2/2002 "Kommunenes arbeid med individuell plan ett år etter at forskriften om individuell plan trådte i kraft".

Om individuell plan

- hva er i følge forskriften hensikten med individuell plan?
- hvordan skille mellom hva som er prosesser i planarbeidet, og hva som er selve plandokumentet?
- hvorfor er det viktig å vektlegge de ulike prosessene i samhandling med bruker?
- hvem gjør hva i planarbeidet?
- hvilke rutiner for arbeid med individuell plan gjelder ved den enkelte instans, og hvilke avtaler gjelder mellom kommune og foretak?

Planverktøy

- hvordan kan en bruke et planverktøy for å utforme individuell plan?
- hvordan kan en bruke et planverktøy slik at kartleggingen blir helhetlig/ tar hensyn til alle aktuelle livsområder?
- hvordan gjennomføre planprosessen med vekt på brukermedvirkning, bruk av forståelig språk og på grunnlag av brukerens egne mål, ressurser og behov?

Koordinator

- hvordan jobbe som koordinator?
- hvordan gjennomføre de ulike deler av planarbeidet?

2.3 Utvikling av rutiner som ivaretar prosessene for et individuelt planarbeid

2.3.1 De viktigste erfaringene

Behov for tydelig delegering av ansvar og rutiner

Fagpersoner både fra helseforetaket og kommunen savnet tydeligere beskjed fra arbeidsgiver om hvem som hadde ansvar for arbeid med individuell plan. De opplevde ingen klar delegering av dette ansvaret fra ledernivå til den enkelte fagperson innad i organisasjonen. Da dette var ullent, opplevdes det tilfeldig hvem som tok tak i det. Det var også et savn at det ikke fantes rutiner som sa noe om hvordan arbeid med individuell plan skulle utføres. Kommunen har rutiner under utarbeidelse, men ingen som var tatt i bruk enda.

Behov for å sikre at informasjon i individuell plan når ut til den som trenger den

En individuell plan skal være et verktøy for brukeren, for å sikre at alle fagpersoner ser helheten i hans eller hennes situasjon. Da er det viktig at det som er beskrevet i planen når ut til de som trenger denne informasjonen. Det er rutiner for at epikriser sendes fra lege til lege og pleieplaner og sykepleierapporter sendes mellom sykepleiere. Det mangler derimot rutiner som sikrer at informasjon i en individuell plan når dem som skal ha den.

Skepsis til bestillerkontor

Noen i prosjektet hadde erfaringer med at et bestillerkontor oppnevner en koordinator, uten at brukeren har mulighet til å påvirke. Dette ble opplevd som uriktig i forhold til individuell plan som brukerens plan og prosess. Det samme gjaldt når en fagperson fra et bestillerkontor lager individuell plan på grunnlag av en samtale med brukeren, som en i utgangs-

punktet ikke kjenner noe særlig. I dette tilfelle ble det reist betenkeligheter ved at koordinatoren opptrådte som saksbehandler og administrator.

Nedenfor presenterer vi de viktigste områder hvor vi så at det var behov for rutiner og nevner forslag til noen rutiner som bør utvikles:

2.3.2 Rutiner som sikrer at ansvar blir tatt

Det må utvikles rutiner som sikrer at brukere som har rett på og ønsker en individuell plan tilbys dette. Slike rutiner bør inngå som en del av instansens internkontroll.

Ved sengeavdelingene i sykehus er organiseringen slik at pasientene både har en ansvarlig behandler (stabspersonal) og en ansvarlig primærkontakt (miljøpersonal). I behandlingsmøte, allerede når pasient meldes til posten, tildeles behandler og primærkontakt. Vi foreslår at det samtidig gis et ansvar til primærkontakt eller behandler om å informere om og tilby/ eventuelt starte et arbeid med individuell plan.

Den som starter opp arbeid med individuell plan må ta ansvar for prosessen inntil ansvaret eventuelt overføres til andre.

I kommunen planlegges en koordinerende instans som skal "tildele" individuell plan og koordinere for planarbeidet. Vi har erfart at prosesser hos brukeren og i planarbeidet som brukeren og fagpersonen samarbeider om er viktige. Det er viktig at det tas hensyn til faktorer som tillit og allianse mellom brukeren og fagpersonen, og brukerens ønsker om hvem som kan være koordinator (jf kapittel 3).

Hvis kommunen satser på en bestillerenhet vil det, slik vi har forstått det, bety at en enhet i kommunen bestiller en individuell plan (koordinering) fra en utførerenshet. Med bakgrunn i skepsisen til en slik organisering (jf. kapittel 2.3.1 over) kan det alternativt være et forslag å la en igangsetter for individuell plan representere bestillerkontoret sammen med brukerens koordinator (jf. kapittel 2.2.2. hvor rollen til en igangsetter omtales).

2.3.3 Arbeidsorganisering som legger til rette for en best mulig planprosess

Vi har erfart at individuelt planarbeid på brukerens premisser krever en fleksibel arbeidsorganisering.

Nedenfor har vi vist en del forbedringsområder:

- arbeid må tilrettelegges slik at man sikrer mest mulig kontinuitet med hensyn til fagpersonenes oppfølging av planarbeidet.
- koordinatoren må få satt av tilstrekkelig tid til å jobbe sammen med brukeren og til å lede et planarbeid.
- det må legges til rette for arbeidsformer der koordinator i størst mulig grad kan planlegge dagen selv.
- det må legges til rette for at koordinator også kan jobbe på andre arenaer enn en tradisjonelt er vant til.

Utvikling av rutiner

For å unngå dobbeltarbeid må det utvikles rutiner for å kontrollere om brukeren allerede har en individuell plan, eller om det er startet en planprosess ved andre instanser. Det må utvikles rutiner for å dokumentere at informasjon om individuell plan er gitt og at det er gitt samtykke til å starte et planarbeid. Det må utvikles rutiner som sikrer at pårørende/venn blir innkalt til møte i tilstrekkelig god tid på forhånd. En må prøve å finne tidspunkt for møter og samarbeid som passer for pårørende/venn.

Arbeidet med individuell plan er ikke nødvendigvis bare nytt, og kan utnyttes på mange ulike områder. Arbeidet med individuell plan kan med fordel flettes inn i metoder og arbeidsmåter

som er brukt fra før. For eksempel kan kartlegging av behov innen ulike livsområder gjøres i forbindelse med skriving av pleieplan eller behandlingsplan.

Kartleggingsresultat fra individuelt planarbeid må tillegges betydelig vekt når brukerens tjenester planlegges og gjennomføres. Dette kan skje ved at informasjon i planen presenteres og er gjenstand for drøfting i møter hvor brukerens situasjon, behandling og oppfølging er tema. Eksempel på slike møter er rapportmøter, behandlingsmøter/behandlings-team, utskrivingsmøter og samarbeidsmøter.

Møter nevnt i avsnittet over er tradisjonelt møter hvor brukeren ikke er til stede. Her kan innholdet i planen "representere" brukeren. I planen kan en lese brukerens mål, behov, ressurser og ønsker. I tillegg får en oversikt over andre fagpersoner det kan være aktuelt å kontakte for et samarbeid. Dette kan være et virkemiddel for å sikre en helhetlig tenkning rundt brukeren. Det er også viktig å vurdere om slike møter kan endres slik at brukeren i størst mulig grad er tilstede når hans eller hennes plan, behov, behandling eller oppfølging drøftes.

2.3.4 Rutiner som sikrer informasjonsflyt

For at individuell plan skal bli et godt samhandlingsdokument må oppdatert informasjon i en individuell plan nå alle aktuelle fagpersoner, avhengig av rolle og funksjon. Det blir dermed viktig å utvikle rutiner som sikrer denne informasjonsflyten.

En bør vurdere om samarbeidsdokument som allerede er i bruk kan tilpasses individuell plan. Eksempel på slike dokument er sykepleierrapport, epikrise, søknad om ulike tjenester, overflyttingsrapport og behandlingsjournal. Små endringer kan være nyttige, for eksempel bare et kryss i et felt om at individuell plan finnes, er påbegynt eller lagt ved.

Enkle grep kan være nyttige: Ved en av instansene bestemte leder at alle skulle ha planverktøyet IPPH liggende i hver pasients kardex/ journal som en påminning.

2.4 Samarbeid og ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommune

2.4.1 De viktigste erfaringene

Ved våre arbeidssteder er det utarbeidet få individuelle planer, og individuell plan oppleves ikke som et satsingsområde i utvikling av samarbeid og tjenester mellom kommunen og helseforetaket. Vi har stilt oss spørsmålet om ledelsen både i kommunen og helseforetaket har "fortolket" seg bort fra å ta et ansvar for individuell plan, ved å vente på hverandre. Vi stiller også spørsmål ved om ledere har forstått intensjonen i loven om høy grad av brukermedvirkning, og at individuell plan må løses gjennom samarbeid uavhengig av tradisjonelle linjer og nivåer. Vi opplever i hvert fall at individuell plan ikke er blitt et *sentralt samarbeidsdokument* eller en *akseptert samarbeidsmåte* enda. Både for brukeren og koordinatoren er det imidlertid viktig å vite at planen aksepteres og respekteres som et forpliktende samarbeidsdokument, og at arbeidsmetoder som støtter individuelle planprosesser utvikles.

De initiativ som er tatt av prosjektdeltakere og andre fagpersoner til arbeid med individuell plan er tatt positivt i mot av ledere ved de ulike instansene. Men disse initiativ er mer et resultat av personlig engasjement enn av en felles satsing på og strategi for arbeid med individuell plan ved våre arbeidsplasser.

2.4.2 Samarbeidsavtale mellom helseforetak og kommune

Vi foreslår at det lages en samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket for arbeid med individuell plan. Vi tar her med noen stikkord for hva vi synes bør vektlegges i en slik avtale.

IPPH som felles planverktøy

En samarbeidsavtale bør forplikte instansene til å bruke det samme planverktøy i utforming av individuell plan. Dette både for å forenkle opplæring og senere samhandling, men også fordi det fordrer en samkjøring av tenkningsgrunnlag. Våre erfaringer med IPPH tilsier at dette planverktøyet egner seg som felles planverktøy for kommuner og helseforetak. Dette mener vi fordi verktøyet *støtter forståelsen* av hva et individuelt planarbeid er, slik vi har erfart i dette prosjektet. Det er også godt *tilpasset forskriftens krav* til innhold i en individuell plan, og til sist er det allerede noe *felles erfaring* med bruk av verktøyet, også den elektroniske versjonen (PlanPro).

Felles forståelse

Arbeid med individuell plan må bygge på en felles forståelse av hva individuell plan er, inkludert hva det innebærer at individuell plan er brukers plan. At tiltak fra alle tjenesteinstanser beskrives samlet i et dokument vil i seg selv representere noe nytt og verdifullt for brukeren. Dette er brukers dokument og brukers plan. Samtidig er det viktig at alle aktuelle instanser har et eierforhold til planen og opplever den som et nyttig verktøy for samhandling.

Individuell plan må ha status

Avtalen må understreke at individuell plan er en felles arbeidsmåte og et felles samarbeidsdokument mellom instansene. Det innebærer at de instanser som samarbeider om tjenester til felles brukere opplever det som en forpliktelse å delta i planarbeidet.

Fordeling av ansvar

En avtale bør si noe om prinsipper for ansvarsfordeling av arbeid med individuell plan når brukerne benytter både kommunale tjenester og tjenester fra helseforetaket. Det må sikres at arbeidet med en påbegynt individuell plan videreføres når det er aktuelt, selv om brukeren skifter arena (er hjemme eller innlagt i institusjon).

Rutiner må henge sammen

En hovedhensikt med individuell plan er å forbedre samhandlingen rundt brukeren. De instanser som gir tjenester til felles brukere bør derfor koordinere sine rutiner for arbeid med individuell plan.

Felles prosedyrebok

Vi foreslår at instansene går sammen om å lage ei felles prosedyrebok for arbeid med individuell plan. Her bør arbeidsmåter, ansvarsfordeling og oppgaver for koordinator beskrives. Ei slik prosedyrebok kan gjerne også inneholde aktuelle søknadsskjema og adresser og telefonnummer til hvor de kan skaffes. En slik prosedyrebok kan i tillegg inneholde en informasjonsdel som gir en oversikt over aktuelle tjenester og tilbud innen de ulike livsområder. Det må sikres rutiner for oppdatering av informasjon i en slik prosedyrebok. Den bør være tilgjengelig elektronisk. Av to grunner vil vi foreslå at den lages kort til å begynne med, og bygges ut etter behov. For det første for å unngå at arbeidet med individuell plan utsettes i påvente av en slik prosedyrebok. For det andre for å inkludere lokale erfaringer, slik at den oppfattes som en reell bruksbok.

Ansvar for koordinering

I et samarbeid mellom kommune og helseforetak bør en bli enige om hvilke oppgaver som skal legges til koordinatorrollen, og beskrive disse i samarbeidsavtalen. Her bør også beskrives hvilke kriterier som gjelder for at et arbeid med individuell plan startes opp, og

hvilke rutiner som gjelder for valg av koordinator. I denne sammenheng bør hensynet til brukerens ønsker veie tungt.

Avtalen bør gi en veiledning om når koordinatoransvar skal overføres fra foretak til kommune. Dette vil særlig gjelde brukere som er innlagt i institusjon i lengre perioder. En må drøfte om en fagperson kan ha koordineringsansvar når brukeren ellers ikke mottar tjenester fra instansen hvor koordinatoren er tilsatt.

Individuell plan = søknad

Blir individuell plan et aktivt og akseptert plandokument kan den også brukes som en søknad om tjenester. Et eksempel på dette er søknad fra psykiatrisk sykehus eller psykiatrisk senter om oppfølging av psykisk helsearbeider i kommunen. Samarbeidsavtalen bør også omhandle hvorvidt dette er en akseptert måte å bruke individuell plan på.

Dialog - noe mer enn bare å sende en søknad

Tradisjonelt starter en kontakt mellom en bruker og en fagperson etter en henvisning eller en søknad. Individuell plan legger i større grad opp til en dialog mellom brukeren og fagpersoner før tjenester/ tiltak er innvilget. På grunnlag av kartlegging av brukerens behov, mål og ressurser kan en gå sammen i en dialog med det mål å komme fram til aktuelle tiltak og fordele ansvar for å gjennomføre tiltak. Dette kan være et forarbeid og supplement til selve søknaden om tjeneste som sendes den enkelte instans. En samarbeidsavtale bør bekrefte at dette er en akseptert måte å arbeide på i oppstartfasen/ søknadsfasen til nye tjenester.

System for å sikre at oppstart videreføres

I dag finnes etablerte samarbeidsmøter mellom ledere fra instansene som deltok i prosjektet. Disse møtene bør også kunne brukes til å opplyse om for hvilke brukere en har påbegynt arbeid med individuell plan, og om det er planlagt at ansvar skal overføres mellom foretak og kommune.

2.5 Konklusjon

I dette kapitlet har vi presentert de viktigste erfaringer vi har gjort når det gjelder behovet for opplæring og kompetanseutvikling i forbindelse med individuell plan. På bakgrunn av erfaringene har vi presentert forslag til undervisningsopplegg.

Vi erfarte at uansett om man jobber ved sykehus, psykiatrisk senter eller i kommunen er det behov for å komme sammen for å utvikle felles tenkning om individuell plan. Et annet tiltak for å komme i gang med individuell plan er å gi en av de ansatte ansvaret for å være en igangsetter. Igangsetteren kan bl.a. ha opplærings- og veilederansvar for øvrige ansatte.

Når det gjelder undervisning er et av forslagene at kommune og helseforetak går sammen om felles undervisning i individuell plan.

Kapitlet har videre understreket betydningen av å utvikle rutiner som ivaretar prosessene for et individuelt planarbeid. Dette innebærer samtidig et fokus på intern arbeidsorganisering, f.eks. tilrettelegging slik at en ansatt kan ta på seg rollen som koordinator og samtidig få satt av tilstrekkelig tid til denne oppgaven.

Til slutt i kapitlet drøftes ansvarsfordelingen mellom helseforetak og kommune m.h.t. individuell plan. I denne sammenheng foreslås det at helseforetak og kommune etablerer en samarbeidsavtale.

3 Forutsetninger for å lykkes med individuell plan

3.1 Innledning

Individuell plan er et pålegg til fagpersoner om å vektlegge et likeverdig samarbeid med brukeren. Utgangspunktet er brukerens egne mål, ønsker, ressurser og behov. Tjenestene skal være individuelt tilpasset. Arbeid med individuell plan er altså noe mer enn bare å skrive et plandokument. Det krever god dialog og samhandling med brukeren.

Mennesker med alvorlig psykisk lidelse kan ha problemer med å etablere tillit, allianse med fagpersoner og gode relasjoner til andre, nettopp fordi tillitsbrudd, vanskelige relasjoner og opplevelser av ikke å ha blitt behandlet verdig er erfaringer de sliter med. Vår erfaring gjennom dette prosjektet er også at det er ekstra viktig å legge vekt på kvaliteten i samhandlingen mellom brukeren og fagpersonene når målgruppen er mennesker med psykisk lidelse.

Tidlig i prosjektet ble vi klar over noen faktorer som er avgjørende for å sikre kvaliteten i dialog og samhandling med brukeren. Vi har i dette kapitlet kalt disse faktorer *forutsetninger for å lykkes i arbeid med individuell plan*.

Et planverktøy kan ikke avgjøre hvordan samhandling og relasjoner blir. Likevel vil vi understreke at IPPH ble opplevd som en støtte til å vektlegge nettopp samhandling mellom brukeren og fagperson. Verktøyet tar utgangspunkt i brukerens beskrivelser av mål, ressurser og behov. Faglige vurderinger gjøres synlige for brukeren og brukeruttalelser vektlegges i utforming av tiltak og evaluering av tiltak.

3.2 Tillit og relasjonsbygging

Gjennom prosjektet så vi at en av forutsetningene for å lykkes i et individuelt planarbeid er at brukeren har tillit til fagpersonen. Det var derfor viktig å legge vekt på relasjonsbygging.

Noen ganger erfarte vi at det er viktig med rom for pauser i planarbeidet, for eksempel på grunn av innleggelse. Samtidig er det viktig for brukeren å kunne stole på at det påbegynte arbeidet ikke blir gjemt og glemt. For brukeren kan dette handle om å få den tillit til fagpersoner som er nødvendig for at brukeren skal ha tro på at individuell plan kan være nyttig. Tillit er en viktig forutsetning for alt samarbeid.

En fagperson gir følgende eksempel på tillit:

Tidligere var ting blitt tredd nedover hodet på brukeren og hun hadde mistet tillit til behandlingsapparatet. Vi opplevde i et planmøte at hun ville fortelle sin historie som handlet om vonde opplevelser fra barne- og ungdomstiden. Hun hadde skrevet ned historien og leste den for oss. Det gjorde sterkt inntrykk i planmøtet. Brukeren sa i etterkant at hun gjorde det fordi hun mente det var viktig for oss som deltakere i planarbeidet å forstå hennes bakgrunn for å kunne hjelpe henne i dag. Dette ble tolket som et uttrykk for at hun hadde fått tillitt til gruppa rundt henne.

I relasjonsbygging kan det være nyttig å gjøre praktiske oppgaver sammen. Er tilliten skjør og hvis brukeren er skeptisk, er praktisk handling – for eksempel å følge brukeren i et ærend på butikken - en måte å bygge tillit og allianse på. Dette handler om at koordinatoren og brukeren noen ganger trenger tid sammen for å skape en relasjon som er trygg nok til at en i neste omgang kan jobbe med individuell plan.

En fagperson sa det slik i forbindelse med kartlegging av en brukers ressurser, mål og behov (mer om dette i kapittel 7): *“En kartlegging er ikke bare en kartlegging”*. Det han mente var at i kartleggingen var det ikke bare snakk om å fylle ut noen skjema. Samtaler om mål, ressurser, ønsker og behov er en måte å bli kjent med brukeren på. Fagpersonen hadde erfart at en gjennom slike kartleggingssamtaler også bygget opp en relasjon til brukeren.

En fagperson hadde denne opplevelsen med kartlegging som relasjonsbygging:

Jeg rakk en samtale om individuell plan med brukeren før utskrivning. Vi klarte så vidt å begynne på kartlegging. Jeg opplever at brukeren ikke er vant til å snakke sin egen sak. Brukeren snakker behandler etter munnen og sier ja og ha og sier ikke hva hun mener. Da har det lett for å glippe og hun får ikke den hjelpen hun egentlig har behov for. Selve kartleggingen handler derfor i første omgang om å bli kjent med brukeren og vinne hans tillit. Det vil ta tid å komme fram til brukerens behov.

3.3 Åpenhet og likeverd

Å snakke med andre om egne problemer, behov for hjelp og ønsker og mål i livet, krever åpenhet og gjensidighet.

Det er viktig med et godt klima for slike samtaler - preget av at alle som deltar opplever seg likeverdige. Dette ble av flere understreket som forutsetninger for å komme i gang med et godt planarbeid. Flere hadde erfart at å få utarbeidet en individuell plan også handler om å stille krav til brukeren, både krav om deltagelse i kartlegging og til å ville bruke egne ressurser når tiltak planlegges. Dette handler også om å vise brukeren respekt og behandle han eller henne som en likeverdig samarbeidspartner.

En fagpersons fortelling:

Vi stoppet møte i plangruppa da brukeren gikk ut. Ventet til han kom inn igjen. Jeg sa til han: Vi gjør ikke noe uten deg. Dette tror jeg brukeren etter hvert opplevde som å bli tatt på alvor og respektert. Han fikk ansvar for framdrift i prosessen selv. I ettertid har jeg spurt hvordan brukeren opplevde dette og han svarte slik: *“Det var tøft og hardt i starten. En tid ville jeg gi opp. Nå er jeg glad for at jeg ble presset – jeg har vokst på det.”*

Det vi har pekt på her er at det å forholde seg til brukeren som en likeverdig person også betyr at fagpersonen stiller krav til brukeren om deltagelse i planarbeidet og at fagpersonen forventer at brukeren bruker sine ressurser.

3.4 Respekt for at brukeren trenger tid

Mange med en psykisk lidelse sliter med krevende symptomer. Det er derfor ikke alle perioder i livet brukeren makter å tenke så mye på framtiden og delta i samarbeid, selv om det gjelder tiltak rettet mot brukerens egne behov. Selv om fagpersonen er klar til å starte et planarbeid, er ikke alltid brukeren det. Flere erfarte at planprosessen tok lenger tid enn antatt.

En fagperson erfarte at det i forkant av planmøter var viktig at brukeren først fikk gi uttrykk for sin frustrasjon, selv om det ikke hadde med planarbeidet å gjøre. Det var viktig å hjelpe brukeren til å samle seg slik at han selv kunne jobbe med planen.

En fagpersons fortelling:

Planprosessen har tatt mye lengre tid enn først planlagt på grunn av innleggelse i sykehus. Under sykehusoppholdet var det ikke riktig å fortsette planarbeidet. Brukeren var for syk og hadde nok med å konsentrere seg om det som skjedde der og da. Vi tok en pause fra planarbeidet. Men vi har holdt saken varm og snakket om individuell plan, uten å stresse dette. Når brukeren er klar skal vi i gang med utdyping av livsområdene.

I arbeid med individuell plan er brukermedvirkning et prinsipp og en regel: "Ikke noe skal gjøres uten brukermedvirkning – uten brukeren tilstede".

I Samhandlingsprosjektet erfarte vi at det i noen tilfeller var viktigere med brukermedvirkning enn å prioritere rask framdrift i planarbeidet. Det viktigste var at brukeren var aktivt deltakende, selv om det førte til at det tok lengre tid å utarbeide en individuell plan.

3.5 Individuell plan - et redskap for terapeutiske prosesser?

Vi vet at en god relasjon er en pådriver for positive terapeutiske prosesser. Kan arbeid med individuell plan, i møter mellom brukeren og fagpersoner, dermed ha elementer av terapi i seg?

Prosjektdeltagerne ga interessante tilbakemeldinger som kunne tyde på det. Prosesser som skjedde hos brukeren, og i relasjon mellom brukeren og fagpersonen, ble framhevet som viktige i arbeidet med å lage individuelle planer. De samme prosessene ble også tatt fram som en viktig del av behandling, terapi og oppfølging. For eksempel handlet en kartlegging av brukerens ressurser, mål, ønsker og behov ikke bare om kryss i et skjema. Kartleggingen handlet også om dialog, det å ta på alvor og respektere, å gi rom for brukerens stemme, refleksjon og vurderinger. Fagpersoner uttrykte at arbeid med individuell plan også var en måte å bli bedre kjent med brukeren på. Brukere uttalte at de gjennom arbeid med individuell plan opplevde å bli tatt på alvor, bli hørt og behandlet seriøst. Slike opplevelser så ut til ha betydning for noen av brukerne ved å gi et bedre selvilde, bidra til større tro på egne ressurser, gi sterkere håp om positive endringer i helse og livssituasjon.

En brukerfortelling:

En av brukerne fortalte etter at arbeid med hennes individuelle plan var kommet godt i gang at hun nå for første gang i livet følte at noen tok vare på henne og hennes liv. Dette gjorde henne glad, fortalte hun. Hun fortalte at fra å ha mistillit til fagpersoner hadde hun fått tillit. Dette skjedde ved at hun opplevde å bli tatt på alvor i planmøtene og at plandeltakerne konkret gjorde det som ble avtalt på møtene. Samtidig uttrykte den samme brukeren at det var viktig for henne at dette planmessige samarbeidet måtte bli opprettholdt. Hun sa det slik: "Ting må ikke skli ut – marginene er små! Jeg har blitt skuffet mange ganger av behandlingsapparatet fordi jeg har opplevd at avgjørelser og tiltak har blitt tredd nedover hodet på meg. Jeg er livredd for å bli skuffet nå også. Jeg opplever at individuell plan er veien å gå i behandling og samarbeid. Individuell plan setter ikke diagnosen, men mennesket i sentrum".

I arbeidet med individuell plan kjente flere igjen elementer som er sentrale i terapeutiske prosesser. Vi har trukket fram noen eksempler på slike elementer: Dialog, ta brukerens ønsker, mål og ressurser på alvor, vise respekt, lytte til brukerens stemme, oppleve å bli hørt, at bruker og fagperson reflekterer og gjør vurderinger sammen. Dette mente noen førte til positive effekter hos brukeren; som bedre selvillit, større tro på egne ressurser og sterkere håp om positive endringer.

3.6 Konklusjon

Intensjonene i forskrift om individuell plan betinger god dialog og samhandling mellom brukere og fagpersoner. Skal en lykkes i denne dialogen og samhandlingen har vi erfart noen suksessfaktorer. Her har vi oppsummert de viktigste av disse faktorene:

Vi mener det er viktig for fagpersoner å vinne tillit hos brukeren. En må bruke nødvendig tid på relasjonsbygging, gjerne gjennom praktisk samhandling. At en fagperson behandler brukeren likeverdig betyr også at en stiller krav til brukeren om deltagelse i planarbeidet og at fagpersonen forventer at brukeren bruker sine ressurser.

I arbeid med individuell plan er brukermedvirkning et prinsipp og en regel. Dette er viktigere enn å prioritere rask framdrift i planarbeidet.

Flere erfarte at arbeid med individuell plan kunne bidra til terapeutiske effekter hos brukeren som bedre selvtillit, større tro på egne ressurser og sterkere håp om positive endringer. Slike effekter mente en kunne komme blant annet av at brukerens ønsker, mål og ressurser ble tatt på alvor, ved å vise respekt, ved å lytte til brukeren og ved at brukeren og fagpersonene reflekterer og gjør vurderinger sammen.

4 Initiativ til oppstart

4.1 Innledning

Forskrift om individuell plan sier at "den del av helsetjenesten pasienten henvender seg til har plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes" (§5).

Det vi vil understreke er at fagpersoner har et faglig og etisk ansvar for å støtte og hjelpe brukeren til å be om en individuell plan. Vi har erfart at brukere har tatt initiativ til individuell plan, og sett hvor viktig det er at fagpersonen eller instansen brukeren henvender seg til tar dette på alvor. Vi har også sett at initiativ til oppstart av arbeid med individuell plan har kommet fra fagpersoner både i kommunen, ved det psykiatriske senteret og ved sykehuset.

4.2 Hva førte til oppstart av et planarbeid?

Det er mange veier inn til arbeidet med individuell plan sammen med en bruker, men ikke alle veier tar etter vår erfaring intensjonene med individuell plan på alvor.

4.2.1 Kan Helsetilsynets krav om oppstart føre til at brukerens behov overses?

Vi mener det er viktig at en som fagperson er bevisst på hva som er motivet for å starte utarbeidelsen av en plan. Noen deltakere i prosjektet stilte spørsmålsteget ved enkelte former for motivasjon hos fagpersoner for å komme i gang med arbeid med individuell plan. Som regel vil det vel være brukerens behov, men krav og tilsyn fra Helsetilsynet har utløst et initiativ til arbeid med individuell plan fra ledelse og fagpersoner ved psykiatrisk sykehus.

En fagperson sa:

Det er viktigere å ha startet en planprosess sammen med brukeren enn å ha en ferdig plan å vise fylkeslegen.

Enkelte opplevde at Helsetilsynets krav om å lukke et avvik førte til et skippertak i planarbeidet. En leder uttalte at "*innen en bestemt dato skal alle pasienter ved denne avdelingen ha en individuell plan*". Dette utsagnet har sikkert ført til noen gode planprosesser. Samtidig har noen erfart at dette førte til at fagpersoner overså selve ideen og hensikten med individuell plan, nemlig at dette handler om brukermedvirkning, prosesser og samhandling mellom brukeren og fagpersonen.

4.2.2 Planlegging av flytting fra institusjon til egen bolig

Når fagpersoner tok initiativ til oppstart av et individuelt planarbeid var det ved flere tilfeller i sammenheng med at brukeren stod foran utskrivning fra institusjon til hjemkommunen.

Noen brukere og flere fagpersoner har nevnt at initiativ til individuell plan har vært gjort for å sikre oppfølging etter utskrivning fra psykiatrisk sykehus. Personalet ved psykiatrisk senter og sykehus har av samme grunn tatt initiativ på vegne av brukeren, fordi de mente indivi-

duell plan kunne være et virkemiddel i å planlegge utflytting til kommunen. Fagpersoner i kommunen har tatt initiativ til individuell plan fordi det er viktig å starte en prosess mot utskrivning og aktiv rehabilitering i kommunen allerede mens brukeren er innlagt og selv om det er en stund til utskrivning.

En fagperson uttalte:

Jeg var redd for at brukeren skulle "lene seg for mye tilbake" på det psykiatriske senteret, uten å måtte se framover. Jeg mener det er viktig å tenke framtid fra dag én etter innleggelse. Arbeid med individuell plan hjalp oss til dette. Det var derfor viktig å komme i gang med planprosessen selv om det var en stund til utskrivning.

Dette viser at individuell plan ble sett på som et virkemiddel for å forberede brukeren på utskrivning fra sykehus eller senter til kommunen og et virkemiddel til å få til gode utskrivninger, blant annet ved at disse planlegges i god tid på forhånd.

4.2.3 Informasjon om individuell plan kan føre til krav om individuell plan

Det viste seg at det var svært ulike måter brukere hadde fått informasjon om individuell plan på.

Initiativ fra brukere har kommet etter informasjon om individuell plan fra psykiatrisk fagperson de har hatt oppfølging fra, representant fra Mental Helse, advokat eller fra medlem i kontrollkommisjonen.

En bruker fortalte:

Hyppige innleggelse i psykiatrisk sykehus og flere utskrivninger uten tilfredsstillende oppfølging, gjorde at jeg klagde til kontrollkommisjonen. Mental Helse sin representant i kontrollkommisjonen informerte meg da om individuell plan. Jeg skjønnte straks at dette var noe jeg kunne ha nytte av, og krevde å få en individuell plan.

Brukere fikk altså informasjon om individuell plan fra ulike personer. Både helsepersonell, brukerrepresentanter og advokat. Det viste seg at informasjon som ble gitt i neste omgang førte til at brukeren selv tok initiativ til å be om en individuell plan.

4.2.4 Individuell plan - et redskap for å kvalitetssikre tjenester og samarbeid

Kvalitetssikring av tjenester og samarbeid så ut til å være det som motiverte noen fagpersoner til å ta initiativ til et planarbeid.

Fagpersoner har tatt initiativ til et planarbeid fordi de har ment at individuell plan har vært et redskap for å kvalitetssikre at tjenester planlegges og gjennomføres over tid. Særlig er dette viktig når hovedtyngden av ansvar for oppfølging skifter mellom ulike tjenesteytere. Et eksempel på dette er at et av tiltakene i en individuell plan kan være en kriseplan som sikrer god oppfølging og samarbeid når krise oppstår.

En av fagpersonene sa:

Det å starte et individuelt planarbeid for en bruker har også med sikkerhet å gjøre. Brukeren har nå bare en gammel slektning han reiser til når han ikke er innlagt ved sykehuset. Han kan plutselig stå enda mer på bar bakke hvis denne slektningen faller fra. Jeg tok initiativ overfor brukeren og samarbeidspartnere for å starte et planarbeid. En individuell plan kan være et redskap for å forebygge en stor krise som kan komme for brukeren når nærmeste pårørende er død.

Vi vil oppsummere dette slik: Når hovedtyngden av ansvar for oppfølging av en bruker skifter mellom ulike tjenesteytere oppleves det særlig viktig med et individuelt planarbeid. Et

av de viktigste tiltakene i den individuelle planen er en kriseplan som skal forebygge eller sikre en nødvendig innleggelse i institusjon. At fagpersoner opplever dette behovet kan være det som motiverer til at de starter et individuelt planarbeid.

4.3 Konklusjon

Vi har i dette kapitlet sett at det er ulike faktorer som utløser arbeid med individuell plan. Vi erfarte for det første at Helsetilsynets krav om å lukke et avvik førte til et skippertak i planarbeidet. Noen var skeptiske til Helsetilsynets krav fordi fokus på å lukke et avvik kunne gå på bekostning av selve ideen og hensikten med individuell plan, nemlig å gi tid og rom for brukermedvirkning, prosesser og samhandling mellom brukeren og fagpersonen.

En annen faktor som utløser arbeid med individuell plan er at brukere fikk informasjon om individuell plan. På bakgrunn av informasjonen de mottok tok de selv initiativ til å be om en individuell plan.

En tredje faktor som utløser arbeid med individuell plan er at fagpersoner ser nytten av individuell plan når hovedtyngden av ansvar for oppfølging av en bruker skifter mellom ulike tjenesteytere.

En fjerde faktor som utløser arbeid med individuell plan er at både bruker og fagperson opplevde individuell plan som et nyttig virkemiddel for å skape helhet i tjenestetilbudet i overgangen mellom opphold i sykehus/ senter og egen bolig.

5 Informasjon, samtykke og forståelig språk

5.1 Innledning

I forskrift om individuell plan § 4 heter det at "Individuell plan skal ikke utarbeides uten pasientens samtykke." Forskriften sier i tillegg: "Uavhengig av bestemmelsen i første ledd skal det utarbeides individuelle planer for pasienter under tvungent psykisk helsevern". Brukerne som fikk utarbeidet individuell plan i prosjektperioden ønsket en individuell plan og ga samtykke til dette. Alle var under frivillig behandling innen psykisk helsevern. Forskriftens § 6 sier også at det "under utarbeidelsen av planen skal tas hensyn til pasientens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger."

I forbindelse med prosjektet ble det laget et eget informasjonsskriv til brukerne (se *vedlegg 1*). Samtykkeskjemaet vi brukte var det samme som i IPPH (se www.hpp.no), med tillegg av eget felt for å signere at informasjon ble gitt. Vi lagde et slikt felt som en hjelp i å kvalitets-sikre at informasjon blir gitt.

5.2 Informasjon er ikke gitt før den er mottatt og forstått

Det er viktig at den fagpersonen (ofte koordinator) som informerer har tilstrekkelig kunnskap om individuell plan og at han eller hun kan formidle nødvendig informasjon på en forståelig måte til brukeren.

En av fagpersonene i prosjektet trakk fram boka "Rett til individuell plan" av Alice Kjellebold som nyttig grunnlag for å kunne informere brukere og andre fagpersoner om individuell plan². I informasjon til brukerne brukte alle i prosjektgruppa brosjyren "Individuell plan – avtale mellom deg og tjenesteapparatet"³.

En fagpersons fortelling:

Jeg brukte brosjyren "Individuell plan ..." fra Sosial og helsedirektoratet slik: Jeg "gulet ut" de viktigste poengene mens vi snakket sammen, og ga etterpå brosjyren til brukeren. Det jeg la vekt på og hadde streket under var; hvem har rett på individuell plan, brukerens rett til å delta, samtykke, at meningen er å bidra til større trygghet, avklaring av ansvarsforhold, at brukerens behov er utgangspunktet og at individuell plan er et samarbeidsdokument.

En annen fagpersons opplevelse:

En fagperson opplevde at brukeren var stresset, og hun ble dermed usikker på hvor mye informasjon brukeren fikk med seg. Fagpersonen følte at dette ikke ble godt verken for brukeren eller seg selv. Den informasjon fagpersonen ga ble misforstått, skapte uro, og de trengte tid på å avklare og forklare. Det ble derfor brukt enda et møte på dette før fagpersonen følte at brukeren forstod hva dette dreide seg om.

² Alice Kjellebold, Retten til individuell plan, Fagbokforlaget 2002

³ (IS-1015 Sosial- og Helsedirektoratet.)

Det er med andre ord viktig at informasjon gis individuelt, og at den som informerer bruker den tid som er nødvendig for å sikre at informasjonen er forstått. Ofte betyr dette at informasjon må gjentas og at den gis over tid (med dagers mellomrom). For brukeren er det også viktig å motta informasjon som gjør at han eller hun kan gi et *informert samtykke*.

5.3 Brukeren og deltagere i planarbeidet må få samme informasjon

I prosjektet så vi at det er viktig at brukerne og fagpersoner hadde den samme informasjon om og forståelse av hva individuell plan handlet om. Noen ganger var det et viktig poeng at brukeren og fagpersoner mottok informasjon samtidig, i samme møte. For det første understreket dette likeverdighet. Det gjorde det også mulig å oppklare misforståelser, og la et felles grunnlag for forståelse og videre samarbeid.

En felles fortelling:

Brukeren og fagpersoner fikk informasjon fra koordinatoren samtidig i planmøtene. Fagpersonene så i utgangspunktet noe ulikt på dette med individuell plan. Det var veldig greit at alle fikk høre hva brukeren sa, og at alle fikk den informasjonen koordinatoren ga om individuell plan. Misforståelser ble oppklart der og da og alle fikk komme med innspill. Koordinatoren satt med mest kunnskap om forskrift om individuell plan og det var derfor viktig at han fikk gi informasjon til alle. Alle fikk samme ståsted og de kunne komme fram til samme tenkning om individuell plan for bruker.

Vi har her trukket fram en erfaring som viser at det kan være viktig å legge opp til møter og informasjonsrutiner som sikrer at brukere/ pårørende og fagpersoner som deltar i planarbeidet får informasjon om individuell plan samtidig. Å gi informasjon kan være en viktig anledning, ikke bare til å formidle fakta, men også til å oppklare eventuelle misforståelser og komme fram til mest mulig lik tenkning om det videre planarbeidet.

5.4 Samtykke må ikke ses på som merarbeid

Alle brukere som deltok i prosjektet ble bedt om å gi samtykke både til at et individuelt planarbeid ble iverksatt og til at aktuelle deltagere i planarbeidet ble gitt tilgang til nødvendige, taushetsbelagte opplysninger om brukeren.

Vi erfarte at det ikke var vanskelig å innhente samtykke. Men en av brukerne har senere gitt uttrykk for at hun var skeptisk til å skrive under fordi hun hadde tanker om at samtykkeerklæringen kunne bli brukt mot henne.

Brukerens fortelling:

En av brukerne uttrykte at hun hadde fått mistillit til psykiatrisk helsepersonell etter flere negative opplevelser de siste årene. Hun sa det slik: "Da jeg skulle skrive under samtykkeerklæring var jeg skeptisk og torde ikke skrive under med det samme. Jeg var redd for at samtykkeerklæringen kunne bli brukt mot meg. Etter hvert fikk jeg god tillit til deltakerne i planarbeidet og mistenksomheten opphørte."

Ingen av brukerne hadde reserveringer mot at noen av de foreslåtte fagpersoner skulle delta i planarbeidet.

I prosjektgruppa diskuterte vi også hvor lenge det er naturlig at et samtykke varer. Konklusjonen ble at dette er individuelt, og bestemmes etter den enkelte brukerens ønske. Som et utgangspunkt virker det naturlig at perioden det gis samtykke for er like lang som planperioden. Etter evaluering starter eventuelt en ny planperiode, i så fall med en ny samtykkeerklæring. Det ble poengtert at det ikke må ses på som merarbeid å fylle ut et samtykkeskjema, men at dette er et virkemiddel til alltid å sjekke ut om brukerens ønsker og samtykke er grunnlag for planarbeid og tjenester.

Kort oppsummert, så er det altså snakk om to ulike samtykker i en individuell plan. Det ble innhentet samtykke fra brukerne både til at individuell plan ble utarbeidet og at aktuelle deltagere kunne dele nødvendig taushetsbelagte opplysninger om brukeren. Fagpersonene opplevde videre at det var lett å få slikt samtykke. Det faktum at det likevel viste seg, at en av brukerne var svært skeptisk til å gi samtykke, bør anspore fagpersoner til å sette av tilstrekkelig tid til informasjon om hva samtykke innebærer og til å samtale om eventuelle betenkeligheter hos brukeren.

5.5 Benytt brukerens egne ord og begreper

Individuell plan er brukerens plan. Fagpersoner som på ulike måter deltar i planarbeidet har et særlig ansvar for å tilse at det som skrives er forståelig for brukeren.

Det ble sagt fra flere at en måtte tydeliggjøre og forklare innholdet i brosjyren fra Sosial- og helsedirektoratet, og enkelte begreper i IPPH. Det har vært viktig at fagpersonen kunne bruke ord, dialekt og formuleringer tilpasset den enkelte brukeren. I plandokumenter som skrives er det også viktig at det er brukerens egne ord og uttrykk som brukes. Det er brukeren sin plan, og den må derfor kunne leses og forstås av brukeren. Det er viktigere at brukeren opplever at "dette er min plan" enn at den er skrevet "faglig korrekt".

En fagpersons fortelling:

En av fagpersonene understreket at det var viktig å forklare tydelig hva "jeg har følgende reserverasjoner" (jf. IPPH) betyr og hun forklarte dette slik for brukeren: "Hvis det er noen spesielle personer du ikke vil ha med..." Fagpersonen understreket at ordvalg er viktig og at en uttaler seg tydelig og konkret.

En annen fagperson sa det slik:

Et mål trenger ikke være "korrekt" formulert lenger. Positivt at individuell plan hjelper oss å gi slipp på misforstått faglighet – det er jo ikke min plan.

5.6 Konklusjon

Måten informasjon om individuell plan gis på må tilpasses den enkelte bruker. Det er viktig å sikre at informasjonen er forstått og en må gjerne gjenta informasjonen. Det er viktig for fagpersonen å huske at mottatt informasjon skal gi brukeren grunnlag for å gi et informert samtykke til individuell plan. Det er viktig at fagpersoner er oppmerksomme på om samtykke er noe brukeren gir på et fritt grunnlag og fagpersonen har ansvar for å gi rom for at brukeren kommer fram med eventuelle betenkeligheter med å gi samtykke.

Både bruker, eventuelt pårørende og ulike fagpersoner som deltar i planarbeidet trenger samme informasjon og det kan være et poeng for å sikre likeverdighet og felles tenkning om individuell plan at de mottar informasjonen samtidig.

Både når informasjon gis muntlig og opplysninger vedrørende individuell plan skrives ned i et plandokument har fagpersonen et ansvar for å bruke ord og begreper som brukeren forstår. Et eksempel viste også at en fagperson opplevde det å la brukerens formuleringer stå i planen som en hjelp til å gi slipp på egne forventninger til at ting alltid skal uttrykkes faglig korrekt.

Å gi god informasjon om individuell plan kan være første steg til å hjelpe brukeren til å delta aktivt i planlegging og utforming av egne tjenester.

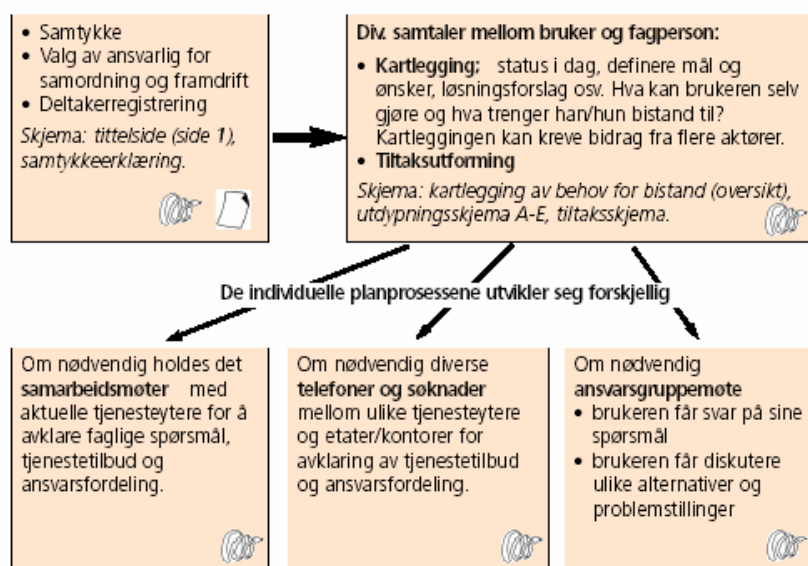
6 Ulike samarbeidsformer og deltakere i planarbeidet

6.1 Innledning

I dette kapitlet tar vi med de viktigste samarbeidsformer og arbeidsmåter som ble brukt i utarbeidelsen av de individuelle planene. Vi vil fokusere på at samarbeidsformen er avhengig av brukerens situasjon, brukerens behov og hvor han eller hun befant seg i behandlingsapparatet. I tillegg viser vi i dette kapitlet hvordan ulike personer ble deltakere i planarbeidet, og hvilke roller disse hadde.

6.2 De vanligste samarbeidsformer i planarbeidet

I papirutgaven av IPPH innledes prosessdelen med en figur om hvordan prosessen med å utforme individuell plan kan arte seg på ulike måter. Pilene markerer en "hovedtrend", men vi erfarte at det også er viktig å kunne bevege seg i begge retninger, og jobbe fleksibelt i møte med brukeren. Innholdet i illustrasjonen under stemmer stort sett med prosjektdeltakernes valg av samarbeidsformer og arbeidsmåter.



Figur 6.1 "Oversiktskartet" i IPPH som viser hvordan ulike arbeidsmåter kan brukes i planprosess og samarbeid.

De arbeidsmåtene vi vil beskrive her er samtaler mellom brukeren og koordinatoren (fagperson), ansvarsgruppemøter eller plangruppemøter og samarbeidsmøter.

6.2.1 Samtaler mellom brukeren og koordinatoren (fagpersonen)

Som oftest skjedde dette ved at brukeren og fagpersonen gjorde avtaler om å treffes, enten på kontoret hos koordinatoren eller hjemme hos brukeren. Slike møter ble brukt til å jobbe med ulike deler av planprosessen (gi informasjon, skrive under samtykke, kartlegge behov, utforme søknader og lignende). For andre, hvor brukeren kunne treffes mer tilfeldig (gjaldt brukere i institusjon eller bofellesskap) kunne ledige stunder bli brukt til planarbeid.

En koordinator i et bofellesskap fortalte:

Brukeren og jeg kunne når som helst, når det passet slik, sette oss ned et kvarter og snakke sammen og fylle ut noen deler av kartleggingen i den individuelle planen.

6.2.2 Ansvarsgruppemøter

Flere brukere hadde allerede ansvarsgruppe før planarbeidet startet. Nå ble disse gruppene arena for arbeid med individuell plan. Ansvarsgruppemøter ble brukt til å samtale om behov som var kartlagt, samt planlegge og fordele ansvar for tiltak. Noen brukte også ansvarsgruppemøter til å kartlegge behov for bistand. Mer om dette i kapittel 7 - kartlegging og kapittel 8 - brukervurdering.

I et tilfelle ble ansvarsgruppe etablert som et resultat av at arbeid med individuell plan ble igangsatt. Noen ganger hadde brukeren og bare noen av medlemmene i ansvarsgruppa egne ansvarsgruppemøter (planmøter) hvor tema var individuell plan.

Noen fagpersoner erfarte at det er ugunstig å bruke ansvarsgruppemøter til kartlegging av behov. Særlig blir dette raskt en vanskelig situasjon når det er sprik mellom fagpersonenes og brukerens vurdering. Noen brukere mener at det er best å gjøre kartlegging når det er bare brukeren og en fagperson tilstede, mens andre har opplevd det greit å gjøre dette sammen i ansvarsgruppa.

En plangruppe erfarte at det var positivt å sitte *tre* personer sammen for å kartlegge brukerens behov. I tillegg til brukeren og koordinatoren var en annen fagperson med. Denne fagpersonen hadde en rolle som nøytral tredjeperson, og stilte spørsmål både til koordinators og brukerens vurderinger. Tredjepersonen spurte brukeren og koordinatoren samtidig om deres vurdering av behov. Tredjepersonen fortalte i et slikt tilfelle at hun opplevde at både brukeren og koordinatoren ble fornøyde, etter å ha diskutert seg fram til enighet om behov for bistand. Hun mente at dette var et eksempel på at brukeren følte seg likeverdig med fagpersonen, og derfor gikk oppreist ut av møtet (jf. beskrivelsen av en igangsetter i kap. 2.2.2).

6.2.3 Samarbeidsmøter

Alle fagpersonene var fra før vant til å betegne møter hvor brukeren ikke deltok som samarbeidsmøter. Særlig i tilfeller hvor ansvarsfordeling mellom tjenesteyterne var uavklart og brukeren hadde flere udekkede behov, var det nyttig å arrangere samarbeidsmøte. Da kunne fagpersoner og instanser avklare seg i mellom hvilke tiltak den enkelte instans kunne ta ansvar for før en hadde et møte med brukeren. Hensikten var at brukeren skulle slippe å delta i slike diskusjoner, fordi de kunne oppleves ubehagelige. Poenget var også at fagpersonene etter et slikt samarbeids- og avklaringsmøte kunne være tydeligere og mer konkret overfor brukeren om hva han eller hun kunne forvente av tiltak.

Vi har erfart at planprosesser kan beskrives skjematisk og være et hjelpemiddel til å systematisere arbeidet med individuell plan. Samtidig har vi understreket at det er viktig at fagpersoner evner å forholde seg fleksibelt i forhold til hvilke deler av planprosessen en jobber med først eller sist.

Det ble brukt ulike arbeidsmåter i det individuelle planarbeidet. De vanligste er samtaler mellom brukeren og koordinatoren (fagperson), ansvarsgruppemøter eller plangruppemøter og samarbeidsmøter.

Hvilke arbeidsformer som ble benyttet var avhengig av hvor i planprosessen en befant seg. Det kom an på om bruker og fagperson vanligvis treftes uavhengig av om de jobbet med individuell plan eller ikke, om de var avhengige av formelle avtaler for å treffes, eller om bruker og fagperson allerede før planarbeidet startet hadde et etablert samarbeidsforum.

Noen ganger var det hensiktsmessig å ha samarbeidsmøter hvor brukeren ikke deltok. Dette var i tilfeller hvor ansvarsfordeling mellom tjenesteyterne var uavklart. De ulike tjenesteytere trengte dialog og avklaringer seg i mellom slik at de i neste omgang kunne være tydeligere og mer konkret overfor brukeren om hva han eller hun kunne forvente av tiltak.

Det ble opplevd som mest naturlig at kartlegging av brukerens ressurser, mål og behov ble utført i en dialog hvor bare brukeren og en fagperson var til stede. Men noen hadde også positive erfaringer med at dette ble gjort i et ansvarsgruppemøte. En annen erfaring var at slik kartlegging med fordel kunne skje med en nøytral tredjeperson til stede, en som kunne stille spørsmål både til koordinators og brukerens vurderinger.

6.3 Nye og utradisjonelle arbeidsmåter

Noen erfaringer representerer litt utradisjonelle arbeidsmåter. Individuell plan handler om å sy sammen tjenester både fra kommune og helseforetak. For å oppnå dette erfarte vi at det er viktig at fagpersoner kan være fleksibel i forhold til hvilke arenaer de arbeider på. Dette viser også hvordan forskrift om individuell plan stiller krav til kommune og helseforetak om å legge til rette for at fagpersoner kan ha frihet til å jobbe fleksibelt. I noen tilfeller kan dette bety at

- fagperson fra kommunen gir oppfølging mens brukeren er i institusjon, eller
- fagperson ved institusjon jobber utenfor eget kontor, og
- fagpersoner fra kommune og helseforetak møtes i dialog for å avklare ansvar

Vi illustrerer dette med tre eksempler:

Fagperson fra kommunen gir oppfølging mens brukeren er i institusjon:

I et tilfelle tok fagperson i kommunen ansvar for både å starte ansvarsgruppe og være koordinator mens brukeren var innlagt i institusjon. Institusjonen ligger i en annen kommune enn den kommunen fagpersonen er ansatt i. Fagpersonen brukte ca. 30 minutter på å kjøre dit når han besøkte brukeren eller deltok i møter. Ansvarsgruppa hadde de første måneder av planarbeidet ukentlige møter og brukeren og fagpersonen hadde noen møter utenom disse også. Brukeren ønsket denne fagpersonen som koordinator, og ut fra fagpersonens vurdering var det viktig å knytte kontakt i god tid før utskriving for blant annet å sikre kontinuitet. I denne tiden jobbet brukeren og koordinatoren mot et av brukerens hovedmål, nemlig å etablere seg i egen bolig i kommunen. Etter utskriving ville brukeren kunne fortsette med samme koordinator.

Fagperson ved institusjon jobber utenfor eget kontor:

En behandler ved sykehuset reiste sammen med brukeren til psykiatrisk sykepleier i kommunen. Her hadde de tre det første møtet om individuell plan. Det viktigste med dette første møtet var relasjonsbygging mellom brukeren og psykiatrisk sykepleier. Senere var hensikten med å reise til kommunen å oppsøke andre instanser og diskutere med andre fagpersoner eller for å hjelpe brukeren med praktiske gjøremål. Denne fagpersonen var opptatt av at dette var en arbeidsform som var for lite i bruk ved sykehuset. Hun sa det slik: "Det er lengst tradisjon for å sitte i "det terapeutiske rom". Har du ikke samfunnsmodellen integrert i deg blir du sittende på kontoret og kommer ikke ut. Det er viktig å være fleksibel i arbeidsmåter, kunne reise fra sitt eget kontor og ut i felten sammen med brukeren. Dette gjelder særlig når du skal koordinere tjenester i et arbeid med individuell plan."

Fagpersoner fra kommune og helseforetak møtes i dialog for å avklare ansvar:

En fagperson fortalte at brukeren hadde hatt mange innleggelse i psykiatrisk sykehus. Tilbud utenom innleggelse var tilfeldige og mangelfulle, og ingen fagperson hadde ansvar for oppfølging verken poliklinisk eller fra kommunen. Sammen med brukeren hadde han startet kartlegging av behov, og det var søkt om tjenester både fra psykiatrisk poliklinikk og kommunens psykiske helsearbeid. Fagpersonen kalte inn representant fra poliklinikken og kommunen til et samarbeidsmøte, hvor hensikten både var å presentere kartleggingen av behov og diskutere ansvarsdeling for oppfølging av brukeren. Representanter fra begge steder møtte selv om ingen foreløpig hadde gjort vedtak om å yte tjenester.

Skal en ta brukerens behov for kontinuitet i oppfølgingen fra tjenesteapparatet på alvor, og motvirke at brukeren blir en "kasteball i systemet", hvor ingen tar ansvar for nødvendig oppfølging av brukeren⁴, har vi erfart at det noen ganger må arbeides på tvers av etablerte grenser. En kan ikke tenke at brukeren er kommunens ansvar kun når han eller hun bor hjemme i kommunen, eller institusjonens ansvar kun når han eller hun er innlagt. Dette krever romslighet fra ledelse i kommune og helseforetak.

6.4 Fagpersoner - deltakere i planarbeidet på forskjellige måter

Vi erfarte at situasjonen som den enkelte bruker var i ga ulike erfaringer i forhold til å rekruttere deltakere til planarbeidet og i forhold til hvor mye den enkelte deltaker skulle gjøre i planarbeidet. Vi vil vise dette ut fra tre ulike brukersituasjoner.

I det første eksemplet bor brukeren i leilighet i kommunalt bofellesskap og har allerede en etablert og godt fungerende ansvarsgruppe. Deltakere i forhold til individuell plan ble de samme som de som allerede var med i ansvarsgruppa. Det var en godt etablert ansvarsgruppe, og det viste seg lett å involvere deltakerne i arbeid med individuell plan. Deltakerne var der allerede og det førte ikke til merarbeid for koordinatoren å rekruttere deltakere.

I et annet tilfelle, hvor også ansvarsgruppe var etablert, var individuell plan anledningen til at ansvarsgruppa ble utvidet med et nytt medlem. Fastlegen ble trukket inn i gruppa fordi han var en sentral samarbeidspartner for brukeren.

I det andre eksemplet er brukeren akutt innlagt i institusjon, eller har hatt flere akutte innleggelse i nærmeste fortid, og har mange udekkede behov innen flere livsområder. I et tilfelle ble deltakere rekruttert med det formål å både utarbeide en individuell plan, fordele ansvar for tiltak og fungere som en ansvarsgruppe etter at tiltak var etablert. Deltakerne ble satt sammen av ansatte i institusjonen hvor brukeren var innlagt, samt representanter fra psykisk helsearbeid i kommunen. Dette krevde mye forarbeid fra koordinatoren.

I et annet tilfelle, hvor brukeren var innlagt flere ganger i institusjon i løpet av prosjektperioden, var deltakerne i planarbeidet kun brukeren og brukeren sin kontaktperson ved institusjonen. Kontaktpersonen opplevde vegring fra andre fagpersoner ved institusjonen mot å delta i arbeid med individuell plan. Årsaker som fagpersonen mente å se var frykt for merarbeid i en ellers travel hverdag, mangel på kunnskap om hva individuell plan handlet om, mangelfull delegering av ansvar for arbeid med individuell plan ved avdelingen og oppfatninger om at dette er ikke vårt bord (men kommunens).

I det tredje eksemplet bor brukeren ved psykiatrisk senter og har et etablert tilbud der. Utflytting til egen bolig er et av brukerens mål på noe lenger sikt (enten fordi brukeren ikke mestrer å bo utenfor institusjon nå eller fordi kommunen ikke har passende tilbud). Planarbeidet skjer kun i institusjonen. Deltakere i planarbeidet er koordinatoren og andre ansatte i institusjonen. Deltaker fra kommunen er aktuelt når det nærmer seg utskriving. Er det lang tid til utskriving, kan det kreves forholdsvis lite ressurser i planarbeidet etter at kartlegging av behov er gjort og eventuelt søknad om bolig og andre tjenester er sendt kommunen.

⁴ Forskrift for Individuell plan, fra merknader til §2

Vi har sett at hvordan deltagere ble rekruttert til et planarbeid varierte alt etter brukerens situasjon; om brukeren er i institusjon, bor hjemme, har etablert ansvarsgruppe eller trenger å involvere nye deltagere i planarbeidet (i ansvarsgruppa).

I et tilfelle var brukeren og koordinatoren alene om planarbeidet og det var vanskelig å rekruttere andre fagpersoner. Det så ut til at årsaker til dette var frykt for merarbeid, mangel på kunnskap om hva individuell plan handlet om, hvilket ansvar det ga og mangelfull tilrettelegging fra arbeidsgiver.

Vi så også at i tilfeller der det sannsynligvis er lang tid fram til en bruker kan skrives ut fra institusjon til kommunen at det på dette tidspunktet kreves få deltagere i planprosessen. Videre kreves det forholdsvis lite ressurser i planarbeidet etter at kartlegging av behov er gjort og etter at eventuelt søknad om bolig og andre tjenester er sendt kommunen.

6.5 Pårørende eller personer i brukerens nettverk som deltakere i planarbeidet

For noen brukere er pårørende en viktig samarbeidspartner. For andre - både brukere og pårørende - er det viktig at pårørende får lov til å være "bare" pårørende og slippe ansvar for at tjenester skal fungere for brukeren. Noen brukere opplever sine pårørende som støttepillere, andre synes det er et problem at de involverer seg for mye i deres liv.

Forholdet mellom brukeren og pårørende generelt er selvsagt avgjørende for om brukeren gir dem en rolle i forhold til sin individuelle plan. For oss har det samtidig vært en viktig erfaring at pårørendes rolle i arbeid med individuell plan og samarbeid med tjenesteytere i stor grad også avhenger av fagpersonenes holdninger, initiativ, vilje og tilrettelegging for et samarbeid.

Vi vil her si noe om de erfaringer som er kommet fram gjennom arbeidsgruppas deltagere når det gjelder pårørende og individuell plan.

6.5.1 Pårørende kan ha viktig informasjon til fagpersoner

Noen ganger har pårørende hatt en viktig rolle i å hjelpe brukeren før fagpersonen kom inn i bildet, og sitter gjerne med viktig informasjon som fagpersoner vil ha nytte av i sitt videre arbeid sammen med bruker. Pårørende kan også ha et annet perspektiv, i og med at de har et annet ståsted enn brukeren. Disse perspektivene kan være nyttige for å få et helhetsbilde av brukerens behov og for å gi individuelt tilpassede tjenester. Det er viktig at fagpersonene jobber både i forhold til brukeren og pårørende for at denne informasjonen blir synlig og tillagt vekt.

Noen ganger kan det være tilstrekkelig at fagpersonen inviterer pårørende til å delta med sine erfaringer, meninger og forslag. Fagpersoner må være bevisst sitt ansvar for å gjøre dette. Andre ganger er det viktig at fagpersonen ikke involverer pårørende, når det er tydelig at brukeren ikke ønsker det. En kan komme i det dilemma at en som fagperson tror at pårørende kan ha en viktig rolle, men brukeren ønsker det ikke. Som fagperson kan en da forsøke å påvirke brukeren til å godta involvering fra pårørende, men en slik påvirkning må skje med stor respekt for brukerens ønsker og med åpne og ærlige metoder. I individuelt planarbeid er brukerperspektivet svært viktig og det er en selvfølge at brukeren har det avgjørende ordet i om, og i hvor stor grad pårørende skal involveres. Dette valget må fagpersoner respektere selv om en er uenig i at det er det beste for brukeren.

To eksempler på involvering fra pårørende:

En koordinator fortalte at sønnen til brukeren satt inne med mye konkret erfaring om hvordan han i perioder hadde hjulpet sin mor med økonomistyring. Ved kartlegging av behov innen livsområdet økonomi hadde han verdifull informasjon å bidra med. Fagpersonen trodde også det var viktig for sønnen å oppleve at dette ansvaret ble overtatt av han som fagperson.

Flere brukere er også hjemme hos familien, og noen må ha avtaler om når og hvor ofte de skal være hjemme. Begrunnelsen for avtalen kan være å skjerme familien eller brukeren, men i slike tilfeller må pårørende være med og si noe om sine behov og ønsker.

6.5.2 Pårørende kan spille viktig rolle i evalueringen av tiltak

Der pårørende er direkte involvert i et tiltak bør de også inviteres til å delta i evalueringen, fordi de kan ha viktige bidrag til om tiltakene fungerer eller ikke.

En fagperson forteller:

Brukeren har vanskelig for å stå opp om morgenen for å komme seg på jobb. Realiteten er at foreldrene ofte må ringe til han for at han skal komme seg opp. Dette er det ikke alltid brukeren husker når vi evaluerer behov for hjelp.

6.5.3 For pårørende betyr informasjon forutsigbarhet

En fagperson hadde opplevd at pårørende uttrykte at den individuelle planen bidro til at de kunne slappe mer av og føle seg tryggere. De visste at behov hos brukeren var kjent av de ulike fagpersonene og at tiltak var planlagt eller i gang.

Fagpersonen uttrykte dette slik:

Gjennom opplysninger i individuell plan visste pårørende hvem som kunne kontaktes og hvem som hadde ansvar for hva. Jeg tror det gjorde deres rolle som pårørende lettere. De fikk være pårørende, og slapp å ta for mye ansvar og bruke krefter på å finne ut hvem som har ansvar for hva. Dette tror jeg også hadde en positiv virkning på samspillet og forholdet mellom pårørende og brukeren.

6.5.4 Pårørendes deltagelse – en hjelp til systemisk tilnærming til brukeren

To koordinatører ledet ansvarsgrupper og planarbeid der pårørende var med. De la vekt på at pårørendes deltagelse var en hjelp til å tenke mer helhetlig om brukeren sin situasjon, og til å arbeide ut fra en holdning om at familien/ pårørende er en viktig del av brukerens liv. En sa det slik: *"Pårørendes deltagelse hjalp meg til å ha en systemisk tilnærming til brukeren og hans behov."* Hun understreket at dette var veldig nyttig erfaring.

6.5.5 Pårørende – et fleksibelt begrep

Fagpersoner generelt har kanskje minst erfaring med at en venn av brukeren deltar aktivt i planlegging av tjenester til brukeren. Dette er en utfordring som er viktig å ta på alvor. I utdypningsskjemaet (IPPH) til bruk ved kartlegging av behov innen det enkelte livsområdet blir brukeren spurt om det er andre som kan bidra til å møte behov brukeren har. Det oppleves positivt at det her er en lik åpning for at en da kan tenke både på pårørende, venner eller fagpersoner. Dette kan være en hjelp til å ta brukerperspektivet på alvor.

Vi tar til slutt med et eksempel hvor brukeren ønsket deltagelse fra en venninne:

Brukeren ønsket at en venninne skulle delta i arbeidet med individuell plan, fordi hun mente venninnen ville være mer stabil enn en fagperson og dermed bedre kunne ivareta kontinuiteten. Brukeren var veldig opptatt av at vi som jobber i helsevesenet plutselig kan slutte i jobben og dermed ikke ivaretar den kontakten over tid som var

viktig for brukeren. Venninnen regnet brukeren med å kunne ha et forhold til over lang tid.

Koordinator mente det var brukeren sitt ansvar å spørre venninnen om å delta, mens koordinatoren i tillegg tok ansvar for å informere om individuell plan etc. hvis hun svarte ja på forespørselen.

Det viste seg å være umulig for venninnen å delta. Resultatet ble at hun fikk referat fra planmøtene. Brukeren fikk to referater fra møtene og hadde ansvar for å bringe det ene til venninnen.

6.6 Konklusjon

Det er viktig å kunne bruke ulike arbeidsmåter i individuelt planarbeid. De vanligste er samtaler mellom bruker og fagperson(er) og formelle møter som ansvarsgruppe/ plangruppe og noen ganger samarbeidsmøter (avklaringsmøter) hvor bruker ikke er til stede. Arbeidsformer avhenger av brukerens situasjon, hvor i planprosessen brukeren befinner seg og hvor han eller hun oppholder seg (i institusjon eller kommune).

Noen ganger må fagpersoner kunne arbeide på tvers av tradisjonelle grenser. Fagpersoner fra kommune må kunne operere i institusjon når det er behov for det og vise versa for fagpersoner i institusjon. Dette krever romslighet fra ledelse i kommune og helseforetak.

Vi har sett at det også varierer hvordan deltagere ble rekruttert til et planarbeid og hvor mye tid de ulike deltagere trenger å bruke på planarbeid. Dette varierer alt etter brukerens situasjon, hvor langt fram i tid tiltak er aktuelle og hvor mye samarbeid som er etablert fra før. Der det var vanskelig å rekruttere andre fagpersoner til planarbeid var årsakene til dette: frykt for merarbeid, mangel på kunnskap om hva individuell plan handlet om, hvilket ansvar det ga og mangelfull tilrettelegging fra arbeidsgiver.

Pårørende kan ha ulike roller i forhold til individuelt planarbeid. Det er viktig å lytte til pårørendes behov, nyttiggjøre seg den informasjon de har og verdsette deres synspunkter i forbindelse med ulike tiltak for brukeren, blant annet ved at de kan delta i evaluering av tiltak. Andre ganger har pårørende behov for avlastning. Dette kan tydeliggjøres i en individuell plan og være en hjelp for pårørende ved at andre tar ansvar og ved at planen tydeliggjør hvem som tar ansvaret for de ulike tiltak. Når pårørende ønsker å involvere seg i forhold til brukeren, men brukeren ikke ønsker det, har fagpersoner et ansvar for å se om de kan gjøre noe i forhold til denne situasjonen. Uansett må fagpersoner respektere brukerens valg. Fagpersoner har også påpekt at pårørendes deltagelse i individuell plansammenheng var en hjelp til å tenke helhetlig og systematisk i å skulle yte tjenester til brukeren.

Det er viktig å være klar over at pårørende for sin egen del har behov for informasjon som finnes i en individuell plan. Slik informasjon kan gi pårørende større trygghet for at brukeren blir ivaretatt og de kan lettere slappe av og legge fra seg eventuelle bekymringer for brukeren. Informasjon om tiltak og ansvarlige fagpersoner er viktig for at pårørende skal vite hvem de kan kontakte.

Ønsker brukeren en venn eller venninne som deltager i planarbeidet har koordinator et ansvar for å legge til rette for slik deltagelse.

7 Kartlegging av brukerens behov, mål og ressurser

7.1 Innledning

En individuell plan er basert på en kartlegging av brukerens mål, ressurser og behov. I forskrift for individuell plan § 6 heter det: "Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient." Forskriften sier videre at "planen skal gi en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester og en oversikt over hva pasienten, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet."

Dette er bakgrunnen for at det ble foretatt en kartlegging av mål, ressurser og behov for tjenester hos brukerne som deltok i prosjektet. Som vi har beskrevet tidligere (jf. kap. 3) er en viktig erfaring at kartlegging ikke bare handler om å stille spørsmål til brukeren om hans eller hennes behov for tiltak, mål og ressurser. Den handler like mye om dialog, refleksjon og vurderinger sammen med brukeren og mellom fagpersoner.

7.2 Både bruker og fagperson kan fylle ut kartleggingskjemaene

Kartlegging av ressurser, mål og behov gjøres i samhandling mellom bruker og fagperson(er). Det betyr at de kan dele på oppgavene, at brukerens egne ord og begreper er viktige og at brukere vil vektlegge ulike forhold når de beskriver sine mål.

Kartleggingskjemaene i planverktøyet IPPH ble brukt forskjellig. I noen tilfeller nedtegnet fagpersonen det som kom fram i kartleggingen, i andre tilfeller gjorde brukeren dette selv. Ingen fagperson fylte ut skjema uten at brukeren var til stede. I ett tilfelle ble koordinator og brukeren enig om at brukeren skulle ta det med seg hjem, så han på egen hånd kunne jobbe med å beskrive sine mål, ressurser, ønsker og behov. Uansett, i forhold til ønsket om brukerdeltaking, og at individuell plan skulle oppleves av brukeren som hans/ hennes dokument, var det et viktig poeng at brukeren ble oppmuntret til å nedtegne opplysningene i skjemaene selv. Det som var skrevet ned av brukeren og/ eller fagpersonen ble opplevd som et godt utgangspunkt for videre dialog mellom brukeren og fagpersonen.

Under kartlegging formulerte en bruker teksten på livsområdet hjem og dagligliv slik i sin individuelle plan:

Mål

- lang sikt kjøpe hus, drømmen
- få meg et sted å bo, prøve meg på hybel på senteret

Hva kan du bidra med selv?

- skrive søknad om kommunal bolig
- trene på huslige sysler

Hva kan andre bidra med?

- plan for trening huslige sysler

- lage skriv som legges ved søknad om kommunal bolig
- skyss til boligkontor
- koordinator holde kontakt med boligkontoret

Kommentar

- viktig med plass til hund
- barn som kan overnatte

Av enkelte fagpersoner ble det understreket at de syntes mål som nedtegnes i planen må være konkrete. Noen ganger opplevde både fagpersoner og brukere at det var mest naturlig å knytte mål direkte til tiltak som brukeren ønsket. Det kunne være at brukeren ikke ønsket å formidle generelle mål innenfor et livsområde fordi det opplevdes for nært og personlig. For andre brukere var det viktig at drømmer og visjoner som han/ hun hadde ble synlige i den individuelle planen. Det verste er hvis fagpersonen her styres av skjema eller rutine. For noen brukere er det greit å være åpne om mer generelle mål i livet, for andre er det ikke greit og det kan oppleves ubehagelig. Begge valg må respekteres og begge typer mål er nyttige i en individuell plan.

En fagperson sa det slik, da hun oppsummerte noe av det hun hadde lært i prosjektet:

Det er flott at det er brukeren sine egne mål som er i fokus, uten at fagfolk overprøver. Et mål trenger ikke være "korrekt" formulert lenger. Det er positivt at individuell plan hjelper oss å gi slipp på misforstått faglighet – det er jo ikke min plan.

Det er viktig at brukeren oppmuntres til selv å beskrive, med egne ord, sine mål ressurser og behov. Dette kan bidra til at brukeren får et eierforhold til planen. Det ble erfart at brukerens beskrivelser var et godt utgangspunkt for videre dialog mellom brukeren og fagpersonen(e), for i neste omgang å komme fram til ønskede og aktuelle tiltak. Som fagperson må en evne å forholde seg til at brukere vektlegger ulike momenter i sine mål. Oftest vil det være hensiktsmessig at mål er konkrete og realistiske, men det må også være helt greit at brukerens drømmer kommer fram i den individuelle planen. Uansett er det viktig at målene oppleves meningsfulle og er leselige for brukeren.

7.3 Kartlegging av brukerens ressurser for å dekke behov

En av prosjektdeltagerne mente at verktøyet IPPH hadde for lite fokus på brukerens ressurser. Hun siktet da til to ting. I skjema for kartlegging av mål, behov og ressurser, benyttes spørsmålet "hva kan du bidra med selv" når ressurser kartlegges (jf. eksemplet i punkt 7.2). I forhold til at begrepet "brukerens ressurser" er sentralt i utarbeiding av individuell plan mente hun at det hadde vært bedre om ressurser ble brukt som begrep. Det andre hun påpekte var at det er viktig å få fram brukerens ressurser generelt, ikke bare ved spørsmål om hva brukeren kan bidra med selv i forhold til å møte udekkede behov. Med ressurser generelt tenkte hun på positive egenskaper, interesser, hobbyer etc. som brukeren har. Det er viktig at slike ressurser beskrives i en individuell plan så den ikke blir for problemorientert. Fagpersonen må hjelpe brukeren både til å se sine ressurser og til å gjøre disse tydelig for deltagerne i planarbeidet. Prosjektdeltageren som tok dette opp savnet en tydeligere henvisning i IPPH om hvor slike, generelle ressurser kan nedtegnes/ registreres.

Disse to anliggender ble diskutert i prosjektgruppa. Det var flere som mente at spørsmålet "Hva kan du selv bidra med?" var lett forståelig og presist i forhold til å kartlegge ressurser med tanke på å finne ut hvordan udekkede behov kan møtes. Når det gjelder generelle ressurser - positive egenskaper, interesser, hobbyer etc. var det flere som hadde kommet fram til at det var viktig å nedtegne disse der det er satt av plass til "Situasjonsbeskrivelse om brukeren" på første side i planen. Det ble nevnt som positivt at en da, når en leste planen, raskt fikk fokus på brukerens ressurser. Dette understreket det som alle var enige i, at en individuell plan ikke måtte bli for problemorientert. Det ble foreslått at det måtte komme tydeligere fram i veilederen som er plassert først i IPPH hvordan en kunne bruke

feltet "Situasjonsbeskrivelse om brukeren" til å sette fokus på brukerens ressurser. (Da veilederen til IPPH ble revidert, ble dette tatt inn.)

I samtaler om brukerens ressurser kom det fram at det var viktig å være konkret. En av fagpersonene i prosjektet var kritisk til at det i noen planer som ble laget i løpet av prosjektperioden ble brukt begrep som var for generelle.

I en av planene var et behov beskrevet slik:

"Brukeren har ikke ressurser til å skaffe seg sted å bo på det private markedet."

En fagperson hadde denne kommentaren:

"Setningen er negativt formulert. Det er viktig å hjelpe brukeren til å oppdage de ressurser han/ hun har. Dette kan vi gjøre ved å finne noen konkrete ting brukeren faktisk har ressurser til (kan bidra med) i forhold til å skaffe seg bolig. Hos meg ligger det langt framme å ikke gjøre for, men sammen med. Ha en egostyrkende tilnærming, at brukeren skal klare å gjøre noe selv."

Med fokus på brukerens ressurser kunne hun tenke seg problemstillingen omformulert slik:

Hva kan du bidra med selv?

- ringe sosialkontor
- møte til avtale
- fylle ut et skjema alene eller sammen med fagperson

Hva kan andre bidra med?

Jeg som fagperson tar telefonen og ringer for deg, men du er forpliktet til å møte opp og være her når jeg ringer.

En del helsepersonell er vant til å jobbe med problemer som utgangspunkt når en skal hjelpe brukeren, mens andre er mer vant til å ta utgangspunkt i brukerens ressurser. Etter vår erfaring kan arbeid med individuell plan være en fin anledning til å utvikle en mer ressursorientert arbeidsform. I en slik endringsprosess har vi opplevd det som nyttig å hente erfaringer på tvers av fagfeltene, et viktig argument for tilrettelegging for arbeid med individuell plan (jf. kapittel 2).

7.4 Hvem skal gjennomføre kartleggingen?

Et viktig spørsmål er hvem som skal gjennomføre kartleggingen. I prosjektgruppen la vi i utgangspunktet opp til at dette skulle tilpasses den enkelte brukerens ønske. Alle fagpersonene antok at det ble opplevd positivt av brukeren at den som gjennomførte kartleggingsamtaler var en som hadde kjent brukeren en stund og gjerne kjente brukeren best av de fagpersoner som var i kontakt med brukeren. I praksis betydde det for alle brukerne som fikk utarbeidet individuell plan, at det var koordinator som gjennomførte hele eller deler av kartleggingen. Det viste seg at det ikke ble noe "tema" mellom brukeren og fagpersoner hvem som skulle gjennomføre kartleggingsamtaler. Det "bare ble slik" at koordinator gjorde det. Vi antar at dette ble slik fordi det ble opplevd naturlig både av brukerne og fagpersoner. Brukerne ble imidlertid ikke spurt om de opplevde dette slik, så en kan jo reise et kritisk spørsmål til ettertanke: Er det for lett at ting "bare blir slik" fordi fagpersoner er vant til å ta kommandoen og ikke alltid husker å spørre brukeren om hva han eller hun ønsker?

De fleste gangene ble kartleggingen gjennomført av koordinator alene. Noen ganger viste det seg imidlertid hensiktsmessig å dele kartleggingen mellom ulike fagpersoner, eksempel-

vis ved at en fagperson tok ansvar for et livsområde han hadde særlig kunnskap om, mens den som kjenner brukeren best, tok ansvar for de resterende.

Fagpersoner delte på kartleggingen:

En bruker gikk jevnlig til psykiater, og de tok sammen ansvar for livsområde helse i kartleggingen. Koordinatoren uttrykte at hun tok initiativ til dette også for å ansvarliggjøre psykiateren i forhold til individuell plan. Psykiateren kjente brukeren best, og de hadde en god dialog. Han bidro også i ansvarsgruppemøte med å informere alle om behandlingsmål, tiltak og behov innen livsområde helse. Resten av kartleggingen hadde koordinatoren ansvar for.

Det ble påpekt at dette var en god måte for brukeren. Han fikk snakke med den personen som kjente hans behov best når det gjaldt psykisk helse og behandling. Det at de på forhånd hadde en god dialog var et fint utgangspunkt for en kartleggingssamtale. Det ble også fremhevet at psykiateren syntes det var greit å få informere de andre i ansvarsgruppa om behandlingsmål for den psykiatriske behandlingen. Kartleggingsresultatene ble brukt til å gi slik informasjon. Koordinator understreket at dette var en god erfaring i det å engasjere en annen fagperson i det individuelle planarbeidet og hun fremhevet at det skapte en positiv opplevelse av å stå samlet i ansvarsgruppa om å gi et helhetlig tilbud til brukeren.

Alle hadde hver sin kladd:

I en ansvarsgruppe satt alle med hver sine like skjema og fylte ut hver sin kladd. Denne tok alle med på neste møte, etter at de hadde fylt inn flere momenter hjemme. Til slutt skrev koordinatoren ut et ferdig plandokument ved hjelp av dataprogrammet PlanPro.

Koordinator fremhevet i dette tilfelle at det virket som brukeren opplevde at hans innspill ble tatt på alvor og var viktige. Hun mente dette ga brukeren en opplevelse av å ha betydning. Brukeren hadde fra tidligere få eller ingen erfaringer med å skriftliggjøre egne meninger.

7.5 Bevissthet om kartleggingens hensikt

Vi vil her beskrive tre forhold som gjorde det klart for oss at det er viktig å presisere hva som er hensikten med kartlegging av brukerens ressurser, mål og behov og at en slik kartlegging krever evne til å kunne veksle mellom ulike fokus i planprosessen.

Den som kartlegger behov, mål og ressurser hos brukeren må være bevisst på hva som er hensikten med kartleggingen. Nemlig å komme fram til en individuell plan – og derigjennom oppnå godt samarbeid mellom fagpersoner for å møte brukerens behov ut fra han eller hennes ressurser og mål. Dette er innlysende. Noen innspill fra deltakere i prosjektgruppa gikk ut på at de hadde erfart at fagpersoner hadde tillagt kartlegging av mål, ressurser og behov hos brukeren en annen hensikt i tillegg. Resultater fra kartleggingen ble brukt av en saksbehandler i kommunen som grunnlag for å tildele en bestemt type tjeneste til brukeren. I og for seg kan dette være greit. Men skepsisen i dette var rettet mot at en saksbehandler, som ikke står brukeren nær, og som primært har som oppgave å tildele en bestemt type tjeneste skal ha et slikt kartleggingsansvar. En av fagpersonene i prosjektet hadde erfart at en saksbehandler som kartla behov ikke hadde den samme evne til å motivere og hjelpe brukeren til å vinne fram med sine ønsker om hjelp, fordi hun som saksbehandler var for bundet av sin lojalitet til arbeidsgiver og de ressurser som fantes. En koordinator som ikke har saksbehandlingsansvar (det vil si myndighet til å tildele tjenester) mente fagpersonen ville hatt større evne og mulighet til å bruke kartleggingsresultater som et redskap for å finne de beste tiltak for brukeren, og som et hjelpemiddel til å argumentere for brukerens ønsker overfor en saksbehandler.

Den andre erfaringen er at kartlegging av behov ikke må løsrives fra planlegging og gjennomføring av tiltak. Brukerens ressurser, mål og behov skal komme klart fram gjennom en kartlegging. Som nevnt i avsnittet over kan fagpersonen som kartlegger benytte kartleg-

gingsresultater som et redskap for å finne de beste tiltak for brukeren. Her vil vi understreke at fagpersonen også har et ansvar for å bidra til å skape realistiske forventninger hos brukeren om hva han eller hun kan forvente av tiltak i forhold til tilgjengelige ressurser hos tjenesteytere.

Dette krever for det første at fagpersonen allerede i kartleggingsfasen har en viss kunnskap om de ressurser og muligheter aktuelle tjenesteytere har til å imøtekomme brukerens behov. (Dette omtales i kapittel 10 som omhandler koordinatorrollen.) For det andre krever dette at fagpersoner som utfører kartlegging er bevisst på at en kartlegging av behov gjøres i sammenheng med at en også spør etter hvilke tiltak som ønskes. For å få fram denne sammenhengen var det flere fagfolk som erfarte at en måtte vekse mellom kartleggingsspørsmål og beskrivelse av ønskede tiltak, eventuelt gi hjelp til å fylle ut en søknad.

Den tredje erfaringen vi vil trekke fram er at behov endres, og at det er viktig at den måten det jobbes med individuell plan på evner å møte disse endringene. Å jobbe med individuell plan er å jobbe med stor grad av fleksibilitet. Dette gjelder både i forhold til hva i planprosessen som er aktuelt for brukeren å ha fokus på til enhver tid, og i forhold til hvordan en bruker kartleggingsverktøy og selve plandokumentet. Særlig er dette viktig for å møte endringer i brukerens behov. Noen erfarte at slike endringer i behov kan være et resultat av at brukeren ombestemmer seg i forhold til hva han eller hun først uttrykte. Planen må ikke bli et dokument som beskriver behov, mål eller tiltak for brukeren som ikke lenger er aktuelle.

I praksis så vi at dette betyr at fagpersoner må være åpne både for å se endrede behov, mål eller tiltak og ta utgangspunkt i disse. Dette viser at planprosessen for en bruker ikke alltid går fra A til Å. Som fagperson er det viktig at en evner å forholde seg til dette. Dette betyr at en må kunne stryke over og endre det som er nedtegnet på papir, i et skjema i planverktøyet eller i selve planen. Det ante oss i løpet av prosjektet at vi som fagpersoner har en større "respekt" for skjema og det skrevne ord enn brukeren. Derfor vil vi understreke at nedskrevne kartlegginger og resultater av den må få være et hjelpemiddel, et arbeidsdokument, i planarbeidet og ikke en tvangstrøye.

Brukeren er spesialisten, ikke fagpersonen:

Vi fagfolk gjør det mang en gang for vanskelig. Når jeg stoppet opp i planarbeidet var det jeg, og ikke brukeren, som gjorde ting for vanskelig.

7.6 Noen ganger stopper planprosessen opp

Flere erfarte at planprosessen noen ganger stoppet helt opp eller at kartleggingsdelen tok lenger tid enn fagpersonen hadde trodd på forhånd.

Hvis brukeren ble innlagt i institusjon midt i en aktiv kartlegging var det ikke alltid like lett å fortsette kartleggingen, fordi brukeren ikke hadde overskudd til å konsentrere seg om dette. I dette tilfelle var det viktig at koordinator ga brukeren tid til å vinne overskuddet tilbake og at fagpersonen var klar til å fortsette planarbeidet når brukeren var klar.

Brukerdeltaking er viktigst:

En av fagpersonene i prosjektgruppa fortalte at hun ikke fortsatte planprosessen (kartlegging) mens brukeren var innlagt: "Egentlig var det aktuelt, men brukeren hadde nok å tenke på pga sykdom. Vi la planarbeidet på is. Brukeren ble fort stresset hvis det ble for mye å tenke på. Skulle brukeren være med i prosessen måtte vi gjøre en stopp. --- før i tida satt vi gjerne og skrev på lignende planer selv om brukeren ikke var med ..."

Flere erfarte at kartleggingsdelen i planarbeidet noen ganger tok lenger tid enn antatt. Dette handlet om at en trengte tid til relasjonsbygging, brukeren var ikke i stand til å samle seg om kartleggingen eller at en valgte å prioritere andre deler av planprosessen. En kartla for eksempel mål, ressurser og behov innen et livsområde og jobbet for å finne tiltak rettet mot

disse behov før en fortsatte kartlegging av behov innen andre livsområder. Selv om dette førte til at en kartlegging av alle livsområder tok lenger tid enn antatt, og det tok lenger tid før et skriftlig plandokument var ferdig, så var det en viktig erfaring at nettopp dette at ting tok lenger tid enn antatt, ikke ble konkludert som en negativ erfaring i forhold til om planarbeidet gikk bra eller ikke. Det var derimot en erfaring som gjorde at fagpersoner endret syn på individuell plan slik at de fikk mer forståelse for at individuell plan handler like mye om selve samhandlingen underveis som et ferdig plandokument.

Kartlegging kan ta tid:

Etter tre møter med brukeren kunne vi så vidt begynne på kartlegging innen livsområde bolig og det første vi gjorde var å søke bofellesskap i kommunen. Det var viktig å prioritere dette med søknad framfor å fortsette kartlegging på andre livsområder. Jeg skrev i søknaden at individuell plan er påbegynt.

Så selv om planprosessen noen ganger stoppet helt opp eller kartleggingsdelen tok lenger tid enn fagpersonen hadde trodd på forhånd, så betyr ikke dette nødvendigvis at dette er negative faktorer i planarbeidet.

7.7 Konklusjon – og noen utfordringer til fagpersoner

Skal brukere oppleve et eierforhold til sin egen individuelle plan er det viktig at innhold, språk og begreper oppleves meningsfulle og forståelige. Dette kan skje ved at brukeren selv deltar aktivt med å skrive ned tekst. Kartleggingsdelen stiller krav til fagperson om å gå i dialog med brukeren for å komme fram til hans eller hennes mål, ressurser og behov for tjenesteyting. Individuell plan og særlig kartleggingsdelen kan være viktig utfordring til fagpersoner om å ta hensyn til alle sider av livet til brukeren (alle livsområder) og særlig til å ha fokus på brukerens ressurser. Kartlegging av ressurser, mål og behov ble i det fleste tilfelle utført av koordinator, men en har også gode erfaringer med at dette kan deles mellom koordinator og en annen fagperson som kjenner brukeren godt.

Fagpersoner må være bevisst på hva som er hensikten med kartlegging av brukerens mål, ressurser og behov slik at de evner å bruke den for å finne de beste tiltak for brukeren, til å argumentere for tiltak overfor den som har ansvar for å tildele tjenester og til å hjelpe brukeren til realistiske forventninger til tjenesteapparatet. I kartleggingsarbeidet er det også viktig at koordinator eller den som kartlegger evner å forholde seg til at behov og ønsker hos brukeren endres underveis. Dette krever fleksibel holdning til "gangen" i planprosessen og til det planverktøy som brukes. At kartlegging og planprosessen stopper opp eller tar lenger tid enn fagpersonen hadde trodd på forhånd, ble - når fagpersoner hadde fokus på samhandling framfor plandokument – sett på som positive erfaringer i arbeidet med individuell plan.

8 Brukervurdering og faglig vurdering av behov for bistand

8.1 Innledning

I IPPH legges det opp til at vurderinger gjøres både av bruker og fagperson (jf. figur 8.1.) Flere prosjektdeltakere møtte innvendinger fra andre fagpersoner mot at det i det hele tatt gjøres faglig vurderinger av brukerens behov for bistand. Dette førte til at vurdering av behov ble et tema som ble gjenstand for ekstra refleksjon og drøftinger i prosjektgruppas møter. Her hadde valg av verktøyet IPPH en stor betydning, i og med at det er et planverktøy som spør både etter brukerens og fagpersonens vurderinger av behov innen alle de ulike livsområder. Brukere og fagpersoner i prosjektet har gjort mange ulike erfaringer med vurdering av behov, og hvordan en kommer fram til hva som er brukerens behov.

1 = Ikke noe 2 = Noe 3 = Mye	Brukervurdering		Faglig vurdering	
	Behov for bistand	Mottar tilbud	Behov for bistand	Mottar tilbud
Psykisk helse				
Fysisk helse				
Rusproblemer				
Annet, spesifiser:				
Kommentarer				

Figur 8.1 Utklipp av IPPH, skjema for kartlegging av behov innen livsområdet helse.

8.2 Bør fagfolk vurdere brukerens behov?

Vi gjengir de to hovedinnvendingene som vi møtte mot at fagpersoner vurderer brukerens behov. Vi drøfter så disse innvendingene. Først drøftes forskjellen i å vurdere behov i en saksbehandlingssammenheng kontra vurdering av behov i individuell plansammenheng. Så drøfter vi spørsmålet om vurdering av behov kan gjøres for å fremme åpenhet, dialog og refleksjon.

Vi har oppfattet at innvendinger mot faglige behovsvurderinger i en individuell planprosess har hatt to hovedbegrunnelser. Den første er at en med å gjøre slike vurderinger blander rollene koordinator og saksbehandler. Det er kun i rollen som saksbehandler at en fagperson skal gjøre faglige vurderinger, ble det hevdet. Dette ble forklart slik:

Innvending 1:

Den faglige vurderingen må komme i saksbehandlingen, ikke i den individuelle planen. Individuell plan skal synliggjøre brukerens vurdering av udekkede behov, men vurdering fra fagperson gjøres i forbindelse med tildeling av tiltak. Når søknad er mottatt vurderer tjenesteinstansen om den har ressurser å sette inn for å møte brukerens behov. På grunnlag av slik vurdering fattes vedtak. Brukeren kan eventuelt klage på vedtaket til fylkeslegen. Fylkeslegens uttalelse kan da legge en mal for hvilket nivå tjenesten skal ligge på.

Den andre begrunnelsen for at faglige behovsvurderinger ikke skal gjøres er av ideologisk art. Argumentene er oppsummert i dette sitatet fra en fagperson:

Innvending 2:

I mitt hode gjør fagpersonen en vurdering av om det er sant det som brukeren sier når han også vurderer brukerens behov. Det oppleves som galt at jeg skal vurdere behovet for ny bolig hvis brukeren sier han trenger en ny bolig. Hvis du sier du trenger en ny bolig, så trenger du en ny bolig. Så kan jeg vurdere om jeg kan gi deg en slik bolig, om jeg kan imøtekomme behovet.

8.2.1 Er vurdering av behov i individuell plansammenheng noe annet enn saksbehandling?

For flere har det vært viktig å poengtere at å identifisere behov og vurdere behov er noe som gjøres av brukeren og fagpersonen sammen. Arbeid med individuell plan handler om samhandling mellom brukeren og fagperson(er). Å kartlegge behov for bistand handler derfor ikke bare om et intervju hvor en registrerer behov, men det handler om prosesser mellom bruker og fagperson. Dette betyr å lytte til brukeren, ta brukeren på alvor og støtte brukeren i å finne fram til sine ønsker. Samtidig handler det om at fagpersonen benytter sin kunnskap til å hjelpe brukeren til å se hva han eller hun trenger for å nå sine mål. Fagpersonen kan hjelpe brukeren til å finne ut hva han eller hun kan bidra med selv for å nå målene og hva han eller hun ønsker at andre bidrar med. Fagpersonen kan også bruke sin kunnskap til å si noe om hva han eller hun tror andre kan bidra med. Dette kan for noen handle om realitetsorientering og en form for innsiktsterapi.

Der vi har erfart at det ikke har vært samsvar mellom fagpersonen og brukerens vurdering handler det om at brukeren, i følge fagpersonen, ikke har hatt innsikt i egne behov. De eksempler vi har på dette har dreid seg om vurdering av boevne og behov for psykisk helsehjelp.

To eksempler på hvordan forskjeller i behovsvurderinger artet seg:

Brukeren har bodd lenge i institusjon og mente selv at han ikke trengte noe hjelp for å kunne flytte i egen bolig. Fagpersonen mente at brukeren hadde behov for veiledning, både for å få et realistisk bilde av livet utenfor institusjon og for faktisk å håndtere et slikt liv. Det ble en dialog mellom brukeren og fagpersonen for å nyansere og presisere behovene brukeren hadde innen livsområdet bolig og dagligliv. Verktøyet IPPH var en hjelp til dette.

Det kan også være en viktig oppgave for fagpersonen å formidle til brukeren informasjon om kommunens ressurser, selv om dette egentlig hører til under tiltaksdrøftingen. Allerede når brukeren forteller om sine mål og behov kan det være rett av fagpersonen å hjelpe brukeren til realistiske forventninger til tjenesteytere. Men dette må skje med forsiktighet så ikke fagpersonen hemmer brukeren i å komme med sine egne mål og opplevde behov. Dette krever også at fagpersonen ikke har et for snevert bilde i hodet sitt av hvem som kan hjelpe brukeren til å nå målene og hvem som kan imøtekomme behov. En må heller ikke være for snever i sin tenkning om hvordan og når mål kan oppnås og behov imøtekommes. Dialogen i eksemplet over endte med at brukeren og fagpersonen ble enige i vurdering av behov.

En fagperson hadde erfart at brukeren mente hun hadde kolossalt behov for hjelp i tiden framover.

Brukeren hadde vanskelig for å se at dette kunne endre seg i framtida. Fagpersonene i plangruppa hadde større tro på brukerens egne ressurser og at behov for hjelp ville avta i tiden framover. De la vekt på å formidle dette til brukeren. Slik var fagpersoner med på, gjennom sin deltagelse i vurdering av behov, å formidle håp om endring hos brukeren. Fagpersonen som fortalte dette mente at dette hadde virket positivt på brukeren, som etter hvert fikk mer tro på framtida og egne ressurser.

En annen fagperson uttrykte at faglig vurdering av behov kun bør skje overfor de som er aller, aller svakest:

“Som fagpersoner må vi, før vi gjør en faglig vurdering, være kritiske og stille oss spørsmålet: Hvorfor skal vi si at brukeren har behov når han ikke ser dette selv? Hvorfor skal vi overprøve brukeren og gi tjenester? I de tilfeller det er viktig å synliggjøre forskjell på brukerens og fagpersonens vurdering er det viktig at kommentarfeltet brukes til å begrunne forskjellene.”

8.2.2 Hvorfor bør fagpersoner vurdere behov?

... det er viktig å synliggjøre uenighet

Flere har uttrykt at vi har behov for et planverktøy som legger opp til å synliggjøre uenighet mellom brukeren og fagpersonen(e). Hvem skal uttrykke brukerens behov når han/ hun ikke greier det selv? Noen ganger er det fagpersonens vurderinger som resulterer i tiltak og da må dette tydeliggjøres. Dette handler mer om å synliggjøre og dokumentere vurderinger som faktisk blir lagt til grunn, enn å overkjøre brukeren. Har fagpersonen gjort behovsvurdering på vegne av brukeren må dette uansett komme tydelig fram, og da har en mulighet til å synliggjøre dette ved å bruke riktig kolonne i IPPH. Fagpersoner i prosjektet mente – og hadde erfart – at det innen det psykiske helsevern alltid er blitt gjort vurderinger av brukeres behov, men at disse som oftest ikke ble nedtegnet og synliggjort for brukeren. En uttrykte ikke slike vurderinger åpent og skriftlig til brukeren/ pasienten, noe som kunne være med å opprettholde et asymmetrisk maktforhold mellom brukeren og fagpersoner.

... og noen ganger er tjenester et paradoks

At en bruker vurderer å ikke ha behov for psykisk helsevern eller tjenester fra psykisk helsearbeid og likevel frivillig mottar slik hjelp, må være et varsku til de fagpersoner som er involvert og bør føre til en grundig refleksjon om hvorfor det er slik. Kan det i tjenesten som ytes ligge en form for manipulering eller maktmisbruk? Det er et paradoks når brukeren - på tross av selv å vurdere ikke å ha behov - likevel faktisk mottar frivillig tilbud fordi en annen enn han selv har vurdert behovet slik og satt inn tiltak. (Under tvang blir situasjonen annerledes.) Går brukeren med på tiltaket fordi han eller hun ikke har noe alternativ? Fordi han mangler evner eller ferdighet til å unnvære tilbudet? Fordi han blir umyndiggjort av systemet/ fagpersoner? Det positive er om dette skaper en sunn dialog preget av gode holdninger til brukeren (respekt og likeverd). I en slik dialog, hvor begge parter åpent deler sin begrunnelse for vurderingen kan en komme fram til forståelse for tiltaket som følger av behovet. Fagpersonen har et viktig ansvar for også å vurdere om tiltaket skal revideres, endres eller opphøre. Det negative er om dette brukes til å undertrykke brukerens behov og påfører brukeren opplevelsen av å ikke bli hørt, overprøvd og ikke ha samme verdi som fagpersonen.

8.2.3 Hvordan har vi valgt å løse dette?

I kartlegging av behov vil hovedregelen være at det er brukerens vurderinger som legges til grunn. Dette viste seg også i de erfaringer vi gjorde. I skjema for registrering og vurdering av behov i IPPH var alltid brukerens vurderinger blitt fylt inn. Flere ganger valgte en å ute-

late fagpersoners vurderinger. Selv om det ikke var fylt ut noen faglige vurderinger var det likevel ikke vanskelig å komme fram til en individuell plan. Når det var uenighet mellom brukeren og fagpersonen ble begge kolonner fylt ut. Dette fordi det var viktig både for brukeren og fagpersonen å synliggjøre en slik uenighet. IPPH-verktøyet ble opplevd som en hjelp til å få fram dette og til å få fram hvem som mente hva. Til dette siste var det greit - og viktig - å bruke kommentarfeltet på vurderingsarket.

8.3 Konklusjon

Det er delte meninger i fagfeltet om faglig vurdering av behov er riktig eller ikke. Fagpersoner har et ansvar for å vurdere dette i hvert enkelt tilfelle, og vi mener også at det er viktig at denne diskusjonen tas i fagmiljøet. Vi har opplevd diskusjonene omkring faglige vurderinger i og utenfor prosjektgruppa som nyttige og lærerike. Samtidig syns vi dette er et eksempel som understreker at selve planverktøyet må være slik at det kan brukes av alle, uavhengig av oppfatning om dette spørsmålet. Vi mener IPPH gir mulighet til dette.

Det ble sett på som veldig viktig å få både brukerens og fagpersonens behovsvurdering dokumentert der tiltaket er på tvers av brukerens ønske. Det handler om respekt for brukeren at slik uenighet blir synlig. Samtidig er det et varsku til fagpersonen om å trå varsomt.

Ingen av brukerne i prosjektet mottok tvungen behandling eller tvungent ettervern. I slike tilfeller er det imidlertid lettere å argumentere for at faglig vurdering av behov for bistand blir gjort, og dette bør synliggjøres i planverktøy og individuelle planer.

9 Tiltak og evaluering av tiltak

9.1 Innledning

Individuell plan skal gi en "oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle, omfanget av dem, hvordan tiltakene skal gjennomføres og hvem som skal ha ansvaret for disse", jf. Forskrift om individuell plan § 6 litra e) og f). I § 8 er det tilføyd at "den alminnelige ansvars- og funksjonsfordelingen mellom de ulike tjenesteytere legges til grunn ved gjennomføringen av planen, dersom ikke annet avtales".

I merknadene til de enkelte bestemmelser i forskrift om individuell plan står det: "Et hovedpoeng med planen er at den samler på ett sted de tiltak/ ytelser som skal til for å nå de mål pasienten har satt seg på ulike livsområder." Det legges videre vekt på at planen skal være enkel og oversiktlig og at det kun skal utarbeides en individuell plan for hver bruker.

I dette kapitlet vil vi, med utgangspunkt i bruken av planverktøyet IPPH, trekke fram erfaringer med planlegging av tiltak, utarbeidelse av tiltaksoversikt og gjennomføring av tiltak. Vi erfarte også at det var nyttig at de som jobbet med individuell plan kom sammen og delte erfaringer som de gjorde i individuelt planarbeid. Vi har tatt med noen eksempler som viser dette. Til sist viser vi hvordan IPPH ble brukt som verktøy i evaluering av tiltak.

9.2 Erfaringer med IPPH

9.2.1 Registrering av ønsket tiltak og tiltaksplanlegging

I IPPH er det et eget ark som kan brukes til å registrere opplysninger om de tiltak brukeren ønsker. Å etablere et tiltak kan kreve flere runder med kontakt med tjenesteapparatet (innhenting av informasjon om mulige tiltak, utfylling av søknader, telefonkontakt, svar på søknad etc.). Dette registreringsarket i IPPH ble av noen benyttet til å nedtegne aktuell informasjon og aktuelle datoer etter hvert som prosessen gikk framover.

Et eksempel på tiltaksplanlegging

I et tilfelle ønsket brukeren psykoterapi og ønsket en bestemt psykoterapeut. Den behandler som brukeren hadde på det aktuelle tidspunktet mente at brukeren selv måtte kontakte psykoterapeuten. Om psykoterapeuten svarte positivt kunne behandler bidra med å sende en formell henvisning.

Registreringsskjemaet Tiltak i IPPH ble tatt fram og noen få felt ble fylt ut:

Ønsket tiltak:	Psykoterapi fra N.N.
Ønsket omfang:	Brukeren er usikker
Ansvarlig for oppfølging:	Koordinator (foreløpig)

Det ble poengtert at selv om det her ikke foreløpig var annet enn et ønske fra brukeren, så ble dette tatt på alvor og registrert i den individuelle planen. Dette bidro til å kvalitetssikre at koordinatoren tok opp spørsmålet ved gjennomgang av planen: Hva har skjedd siden sist? Har brukeren tatt kontakt? Har behandler eventuelt sendt henvisning?

I dette eksemplet ble det også kommentert at IPPH-skjemaet burde ha større plass til utfyllende opplysninger. Alternativt kunne baksiden benyttes.

Aktuelle utfyllende opplysninger her var avtalen som ble inngått:

Brukeren kontakter selv psykoterapeuten. Dersom psykoterapeuten svarer positivt sender behandler en formell henvisning.

9.2.2 Individuell plan er en overordnet plan

Individuell plan er en overordnet plan, og tiltak skal ikke beskrives i detalj. I IPPH er det laget en oversikt over tiltak, se figur 9.1.

Tiltaksoversikt					
Navn		Dato			
Mål	Tiltak	Dato for oppstart	Ansvarlig person og instans	Dato for evaluering	Kommentarer

Figur 9.1 Fra IPPH, skjema for tiltaksoversikt.

Tiltaksoversikten i en individuell plan skal fortelle alle deltagere i planarbeidet hva som er målet med det enkelte tiltak. Hvert tiltak har sin rad. I kolonnen "Tiltak" er det plass til å beskrive tiltaket kort og omfanget av tiltaket. Tiltaksoversikten sier også noe om gjennomføringen av tiltaket, nemlig hvem som er ansvarlig, når tiltaket starter opp og når det skal evalueres.

Et eksempel på bruk av dette arket i IPPH

Koordinator og brukeren hadde snakket sammen om brukerens mål, ressurser og behov innenfor ulike livsområder. Etter denne kartleggingen hadde brukeren og koordinator snakket om de ulike tiltak som var i gang eller som skulle igangsettes. Noen tjenesteytere i ansvarsgruppemøtet som nå skulle finne sted var nye og andre hadde kjent brukeren en tid. Det var derfor klart hvem som hadde eller skulle få ansvar for de ulike tiltak. Disse navn ble fylt inn i tiltaksoversikten sammen med navn

på det aktuelle tiltak. For et par av tiltakene hadde målet for tiltaket allerede vært et tema i møter mellom brukeren og den aktuelle tjenesteyter. Disse ble fylt inn i tiltaksoversikten. For andre tiltak hadde mål og spesifisering av tiltaket enda ikke blitt konkretisert og ikke skrevet ned. Men brukeren hadde ytret overfor koordinator noe om hvilke forventninger han hadde til de andre tjenesteyternes tiltak. Koordinator mente han her hadde en viktig rolle i å påskynde at de andre tjenesteyterne deltok med å fylle ut tiltaksoversikten. Den delvis utfylte tiltaksoversikten ble derfor kopiert opp og delt ut i ansvarsgruppemøtet. Alle tjenesteyterne ble oppfordret til å ta dette fram på sitt neste individuelle møte med brukeren. Formålet med dette var ikke bare å komme fram til en fullstendig tiltaksoversikt, men også at tjenesteyterne skulle ta ansvar for å tenke gjennom og beskrive mål for sitt tiltak sammen med brukeren, spesifisering av innhold og omfang og ikke minst, sette en dato for når tiltaket skulle evalueres. Dessverre rakk vi ikke å innhente informasjon om hvordan dette gikk fordi det gikk utover prosjektperioden.

9.2.3 En overordnet plan – som samtidig er funksjonell

Det kan være en vanskelig balansegang mellom å lage en plan som er overordnet – det vil si ikke for detaljert - og som samtidig skal være funksjonell i daglig bruk. En kan falle for fristelsen å beskrive tiltak for detaljert. Flere understreket at det likevel er viktig å holde fast på at individuell plan er en overordnet plan. Hvis det legges inn mange detaljer i selve planen stilles det for det første enda større krav til kontinuitet i revidering/ oppdatering. Ettersom ikke alle deltakere i planen trenger like detaljert informasjon, kan for mye detaljering begrense muligheten for at den individuelle planen virkelig blir et nyttig redskap for alle.

For å skille mellom planen som overordnet og detaljert arbeidsredskap anbefaler vi det som i IPPH kalles skjema for Eksisterende vedtak, planer og avtaler. Her kan det bemerkes at det finnes en delplan eller en avtale om oppfølging hvor detaljer i et tiltak er beskrevet. Det blir da koordinators ansvar å sørge for at en slik delplan eller avtale distribueres til dem som trenger den. Eventuelt kan denne delplanen/ avtalen følge planen som et vedlegg. Fig 9.2 viser skjema for dette i IPPH, hvor et eksempel er fylt inn.

Eksisterende vedtak, planer og avtaler				
Vedtak, planer og avtaler	Ansvarlig person og instans	Gjelder for perioden	Dato for evaluering	Kommentarer
Avtale om tilgang til leilighet	Eva Olsen Bofellesskapet	1.11.03 - 1.05.04	1.05.04	Avtalen gjelde kun helsepersonell

Figur 9.2 Skjema i IPPH, Eksisterende vedtak, planer og avtaler

9.3 Nyttig å dele erfaringer, også om detaljer i planarbeidet

Det er mange spørsmål som dukker opp etter hvert som en jobber med individuell plan. Noen slike spørsmål kan handle om detaljer i bruk av planverktøy og utfylling av plandokument. Deltagerne i prosjektet la vekt på at det var nyttig med møter i prosjektgruppa hvor slike spørsmål kunne drøftes. Gjennom deling av erfaringer og drøftinger kom en ofte fram til svar på slike spørsmål.

Her tar vi med fire slike problemstillinger i forbindelse med tiltak som ble drøftet i prosjektgruppa.

9.3.1 Planleggingen av tiltak – et tiltak i seg selv

En liten detalj, som likevel er viktig, var at flere erfarte at det noen ganger var logisk å definere selve planleggingen av tiltak som et tiltak i seg selv. For eksempel kunne det å hjelpe brukeren å finne et arbeid, ta tid og kreve en del ressurser. Da var dette et tiltak i seg selv, med eget mål, tidsplan og ansvarlig fagperson.

9.3.2 Når skal bistand registreres som eget tiltak?

I prosjektgruppa ble det diskutert når bistand skal registreres som ett eller flere tiltak. I praksis er det ofte slik at flere typer tiltak utføres av samme fagperson og innenfor samme tidsperiode. Noen ganger vil det være naturlig å beskrive disse under et overordnet tiltak.

Her er et eksempel på dette:

Miljøarbeidertjeneste omfatter gjerne flere ulike gjøremål hvor alle har som mål å hjelpe brukeren til å mestre å bo i egen leilighet. Bistanden som ytes beskrives gjerne i ett tiltak, nemlig botrening eller lignende.

Andre ganger følt det naturlig å splitte opp i flere tiltak i planen, selv om det var samme fagperson som utførte dem.

Her er et eksempel på dette:

Hvis samme fagperson både gir brukeren støttesamtaler for å forebygge psykose og hjelp til medisinadministrering, er dette to såpass ulike tiltak at det er naturlig å splitte de i to.

Det vi erfarte som avgjørende for om tiltak skulle splittes i to eller ikke, var om det var ulike målsettinger for den bistand fagpersonen ga, og dermed behov for ulike evalueringer.

En av deltakerne i prosjektet foreslo en tommelfingerregel som viste seg å være til hjelp for å avgjøre om bistand skulle beskrives som et eller flere tiltak i planen:

Når det er flere mål eller delmål for en type bistand som gis av samme fagperson er det praktisk å splitte de opp i ulike tiltak, slik at de kan evalueres hver for seg.

9.3.3 Hvordan unngå at bruk av skjema ender i flisespikeri?

En fagperson ble opptatt av at det tiltaket som skulle nedskrives i den individuelle planen, var definert under et annet livsområde i planverktøyet IPPH enn det hun selv mente var naturlig. Det tiltaket det var snakk om var "dagtilbud ved institusjon". Hun mente dette tiltaket hørte inn under livsområdet aktivitet/ arbeid, men at det i IPPH var lagt inn under livsområdet helse. Da dette ble diskutert i ressursgruppa gikk det opp for flere hvor lett vi har for å henge oss opp i detaljer som egentlig ikke betyr noe i praksis. Vi kom fram til at i dette eksemplet kunne tiltaket likeså gjerne høre hjemme i det ene som det andre livsområdet. Vi så også at dette var et nytt eksempel på hvordan vi lett lar oss styre av skjema. Diskusjonen i prosjektgruppa endte med denne konklusjonen: Så lenge det ikke betyr noe i praksis om det ene skrives her eller der, eller om ulike fagpersoner velger ulik måte å gjøre dette på, så må vi være praktiske og fleksible, og ikke la skjema styre oss.

9.3.4 Brukerens mål innenfor et livsområde - er det det samme som målet for et tiltak?

Det siste vi vil trekke fram går på forståelsen av begrepet mål i individuell plansammenheng. I IPPH spørres det etter brukerens mål innenfor ulike livsområder (jf. kapittel 7 om kartlegging av brukerens behov, mål og ressurser). I tillegg spørres etter mål for det enkelte

tiltak i planen. Mål i disse to sammenhenger ble oppfattet og brukt ulikt av prosjektdeltagerne. Noen valgte å benytte brukerens mål innenfor et livsområde som målet for det eller de tiltak som en senere kom fram til under samme livsområde. Andre knyttet målet for et tiltak mer spesifikt opp til detaljer i det aktuelle tiltaket.

Forskjellen illustreres i dette eksemplet:

Innenfor livsområdet sosialt fellesskap var brukerens mål for dette livsområdet beskrevet slik: *Få flere venner.*

Et tiltak for samme brukeren innenfor livsområdet sosialt fellesskap var støttekontakt. Målet for tiltaket ble beskrevet slik: *Finne et nettverk utenfor "psykiatrien".*


Vi erfarte at dette med mål ble anvendt forskjellig i ulike individuelle planer, men at den ene måten å forstå og anvende begrepet mål på er like god som den andre.

9.4 Erfaringer med IPPH i evaluering av tiltak

Vi har sett at forskrift om individuell plan understreker at tiltaksdelen i individuell plan består av ulike deler, og at disse delene er tatt inn i IPPH. Individuell plan handler om planlegging av tiltak, beskrivelse av tiltak i en tiltaksversikt, gjennomføring av tiltak og evaluering av tiltak. Her vil vi trekke fram den viktigste erfaringen med evaluering av tiltak.

At det enkelte tiltak evalueres vil si at brukeren vurderer hvordan tiltaket er gjennomført, om brukeren er fornøyd med omfanget av tjenesten (tiltaket) og om brukeren er fornøyd med kvaliteten på tiltaket. I figur 9.3 viser vi et utsnitt av skjema for evaluering av tiltak i IPPH. En tilsvarende evaluering kan gjøres av fagperson på samme type skjema.

Evaluering av tiltak	
Brukerens evaluering.	Dato for evaluering:
Hvordan gjennomført:	1 Som planlagt 2 Endret form 3 Ikke iverksatt
Evaluering av omfang (timer pr måned) i forhold til målet med tiltaket:	1 Fornøyd 2 Både og 3 Misfornøyd
Evaluering av innhold (kvaliteten på tiltaket) i forhold til målet med tiltaket:	1 Fornøyd 2 Både og 3 Misfornøyd
Fagpersonens evaluering	
Navn på fagperson:	
Hvordan gjennomført:	1 Som planlagt 2 Endret form 3 Ikke iverksatt
Evaluering av resultat i forhold til målet med tiltaket:	1 Ingen / liten effekt 2 Moderat effekt 3 God effekt
Brukerens og fagpersonens konklusjon på evalueringen:	1 Fortsetter som før. 2 Fortsetter, men endres Hvis 1 eller 2, fylles det ut ny side for tiltak. 3 Avsluttes, dato:

 Individuell plan for psykisk helse – Prosess

Figur 9.3 Utsnitt av skjema for evaluering av tiltak i IPPH.

En fagperson understreket at han opplevde det veldig positivt å sitte sammen med brukeren med et skjema som ga plass til brukerens og fagpersonens evaluering samtidig. Brukerens stemme fikk stå og tale for seg selv og med brukerens ord og begreper. Denne måten å evaluere på var også en hjelp til at brukeren og fagpersonen sammen kom fram til en felles konklusjon. Var det ønskelig at tiltaket skulle opphøre, endres (og i tilfelle: hvordan) eller fortsette?

En innvending som kom fram mot skjemaet for evaluering i IPPH (jf. figur over) er at det er for komprimert. Det er for liten plass til å skrive inn fritekst. Dette kan, særlig når brukeren sitter med skjemaet og skal skrive selv, oppleves som begrensende. Vi anbefaler at skjemaet blåses opp slik at det er bedre plass til å skrive. I løpet av prosjektet fikk en fagperson laget en utskrift fra planverktøyet PlanPro, som han syntes fungerte fint i møte med brukeren. Vi tar med en kopi av dette han fikk laget fordi det synliggjør godt at det her ble bedre plass til fritekst: Dette er lagt ved rapporten i vedlegg 2).

Vi kom ikke så langt i løpet av prosjektperioden med de enkelte individuelle planer at det ble gjort særlig mye erfaringer om evaluering av tiltak. Men vi opplevde at den erfaringen som er tatt fram her er veldig viktig fordi den får fram at det ved evaluering av tiltak i en individuell plan er viktig å ha verktøy som tydelig legger opp til at både brukerens og fagpersonens evalueringer og konklusjoner kommer fram.

9.5 Konklusjon

Individuell plan er en overordnet plan og skal blant annet inneholde en tiltaksoversikt som viser målet med det enkelte tiltak, en spesifisering av tiltakets innhold og omfang, hvem som

er ansvarlig, når tiltaket starter opp og når det skal evalueres. IPPH fanger opp alle disse delene, og brukeren får med dette en god oversikt som igjen kan medføre økt forutsigbarhet.

Individuell plan og bruken av skjema for tiltaksregistrering og tiltaksoversikt kan også være et verktøy for å utfordre de ulike tjenesteyterne til å gjennomføre og beskrive sitt ansvar for "sine" tiltak. Skal individuell plan være et nyttig, felles verktøy for alle tjenesteytere er det viktig at tiltak ikke er for detaljert beskrevet. Ved bruk av arket "Eksisterende vedtak, avtaler og planer" kan en vise til viktig og mer detaljert informasjon.

Å arbeide med tiltak handler om planlegging av tiltak. Her så vi at det noen ganger var hensiktsmessig å registrere selve planleggingen av tiltaket som et tiltak i seg selv i planen. Videre har vi erfart at når samme fagperson utfører flere tiltak samtidig til den samme brukeren, så kan det i enkelte tilfeller være greit å registrere bare ett hovedtiltak, mens det andre ganger er hensiktsmessig å registrere disse tiltakene hver for seg.

Å arbeide med individuell plan er foreløpig nytt for mange. Å dele erfaringer med hverandre er en hjelp til å komme fram til bedre måter å jobbe på, slik vi har gitt eksempler på. Noen ganger kan fagpersoner henge seg opp i detaljer om hvordan en skal bruke et planleggingsverktøy. Det er viktig at skjemaene i planverktøyet brukes fleksibelt, alt etter hva som passer i forhold til den enkelte bruker, den enkelte individuelle plan og den enkelte fagperson.

10 Koordinering

10.1 Innledning

Forskrift om individuell plan bruker begrepet koordinering både direkte og indirekte. Koordinering omtales direkte i § 5, hvor det sies at "planarbeidet må koordineres", mens det i § 6 sies at et av hovedpunktene i planen skal være "en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen." Slik vi ser det ligger det da til koordinatorrollen å ta ansvar for at de ulike planprosesser gjennomføres (jf. kapittel 4-9).

Koordinatorrollen er særlig utfordrende når tjenester skal gis både fra kommune og helseforetak. Dette krever ikke bare samarbeid mellom den enkelte bruker og fagpersoner, men også samarbeid om opplæring, rutiner og tilrettelegging for arbeid med individuell plan mellom de ulike instanser, jf. kapittel 2.

I dette kapitlet vil vi beskrive noen erfaringer med koordinering for den enkelte bruker.

10.2 Koordinator trenger kunnskap både om individuell plan og tjenestetilbud

Den som skal være koordinator for brukeren trenger kunnskap om individuell plan og aktuelle tjenestetilbud. Koordinator trenger dette for sin egen del, for å kunne utføre koordinatorrollen. Han eller hun trenger også slik kunnskap for å kunne informere brukeren og andre personer som deltar i planarbeidet.

Flere av fagpersonene erfarte at det er viktig at en koordinator har generell kunnskap om hva individuell plan er og hva et individuelt planarbeid handler om. Det ble erfart som spesielt viktig at koordinator har kunnskap om formålet med individuell plan. En kan lett bli engasjert med alle de ulike deler i planarbeidet og bli opptatt med å utforme plandokumentet. Dette er viktig, men samtidig må en hele tiden vurdere om en jobber etter det som er formålet med et individuelt planarbeid, at tjenester til bruker blir mer helhetlig, samordnet og koordinert, at samarbeidet mellom brukeren og fagpersoner, og mellom fagpersoner fungerer bedre og at planen skal skape større trygghet og forutsigbarhet for brukeren i forhold til tjenesten.

I prosjektet var det brukere som hadde en helt klar rett til individuell plan som fikk utarbeidet dette. Vi ønsket ikke å bruke tid på å diskutere om brukere hadde rett til individuell plan fordi de var i en gråsoner i forhold til forskriften. Men flere av fagpersonene hadde erfaringer med at det ofte, ved de ulike instansene de representerte, var spørsmål og diskusjoner om hvem som egentlig hadde rett på en individuell plan. Vi tar derfor med et par betraktninger om dette.

For det første fikk vi inntrykk av at usikkerheten om hvem som har rett til individuell plan ganske enkelt skyldtes lite kunnskap om individuell plan generelt, fordi en har satt seg for lite inn i forskrift, lovverk og annen litteratur om individuell plan. Som vi har beskrevet i kap 2.2 var det heller ikke fra arbeidsgiver lagt opp til mye undervisning og opplæring av ansatte om individuell plan. Men det andre vi vil peke på er at forskriften av flere fagpersoner oppleves uklar når det gjelder hvem som har rett til individuell plan og hvordan dette forplikter ulike tjenesteytere. Vår erfaring er at dette på en spesiell måte gjelder tjenesteytere som arbeider innen psykisk helsevern (helseforetak) og psykisk helsearbeid

(kommune). Leser en om individuell plan i lov om psykisk helsevern oppfattes det som om alle pasienter som er under psykisk helsevern har rett til en individuell plan. Leser en i lov om kommunale helsetjenester er det tydeligere at det er personer med sammensatte behov (det vil si at brukeren har behov for tjenester fra flere tjenesteytere) og når disse behovene er tilstede over lang tid, som har rett til individuell plan. Vi mener det er behov for at lovverk og forskrift blir klarere på dette punktet.

En annen erfaring er at koordinator må ha kunnskap om tilbud (tjenester) som finnes i kommunen og i helseforetaket. Dette er også kunnskap som en vil kunne tilegne seg mer av etter hvert, og dermed bli en bedre koordinator jo flere erfaringer en gjør seg.

Et eksempel på tjenestekunnskapens betydning

Etter at en fagperson hadde kartlagt behov hos en bruker innen livsområdet arbeid og aktivitet, var neste steg å sjekke ut om det kunne finnes et arbeidstilbud. Koordinatoren hadde kjennskap til et nytt tilbud i kommunen, hvor uføretrygdete kunne arbeide alt fra 1 time pr uke og til inntil 50 prosent stilling. Koordinatoren og brukeren reiste sammen til den instansen som hadde dette tilbudet og fikk informasjon, og gjorde senere avtale om hvordan dette skulle komme i gang.

Kjennskap til brukeren ble vurdert som en veldig viktig faktor når en skulle vurdere hvem som egnet seg som koordinator. Dette var noe både brukere og fagpersoner la vekt på. En av fagpersonene mente likevel at det i noen tilfeller kunne være viktigere at koordinatoren hadde kjennskap til tjenesteinstansene, saksgang og byråkratiets uskrevne og skrevne regler enn at han kjente brukeren godt. Vi tar dette med fordi det understreker hvor viktig det noen ganger er med denne type kunnskap for at en koordinator skal kunne hjelpe brukeren til å få helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. De fleste mente at det beste er om koordinator både kjenner brukeren godt og vet hvilke tjenester de ulike deler av tjenesteapparatet kan tilby.

10.3 To beskrivelser av koordinatorrollen – "los" og "advokat"

En kan se på koordinatorrollen i individuell plan på ulike måter. En i prosjektet hadde hørt i et foredrag at koordinator kunne forklares med begrepet los. Hun syntes dette var et godt bilde på det hun opplevde at koordinering i denne sammenhengen dreier seg om. En los er en person som kjenner leia, en som vet hvor du skal gå for å komme fram. I individuell plansammenheng: Koordinator er brukerens personlige veileder, en som kjenner både kommune, kommunebyråkrati, kommunetilbud, vanlig ventetid på behandling av søknad og forholdene ved sykehus og senter.

Et eksempel på en "los":

En bruker innlagt i institusjon kom etter fagpersonens mening med urealistiske ønsker i forhold til bolig i kommunen. Fagpersonen var redd for at hvis brukeren presenterte sine ønsker overfor ansvarlig i kommunen, kunne dette brukes mot han. Brukerens ønsker var så urealistiske at fagpersonen fryktet han ville bli oppfattet som mindre utflyttingsklar enn han egentlig var. Fagpersonen brukte sin kompetanse om kommunen og søknadsbehandling i kommunen til å påvirke brukeren til å redusere sine ønsker. Fagpersonen forklarte dette slik: "Vi skal ikke som koordinatore ta ansvar for kommunens økonomi, men vi skal hjelpe brukeren til å være jordnær".

Vi synes dette eksemplet viser at koordinator brukte sin kunnskap om tjenesteyter og forvaltning (kommunen) til å løse brukeren på en antatt klok måte i møte med kommunen. Overfor tjenestetildeler i kommunen var kanskje dette lurt (jf også merknader til Forskriftens §6 litra e), hvor det sies at "det er viktig at planen er realistisk i forhold til tiltak, slik at pasienten ikke forespeiles tiltak som ikke vil kunne gjennomføres". Men samtidig må vi understreke at det i dette eksemplet hviler et ansvar på fagperson om å opptre med respekt overfor brukeren og brukerens behov.

For å ivareta denne respekten tror vi det er viktig at fagpersonen blir bevisst på at han eller hun skiller mellom hva som er brukerens behov og hva som er brukerens ønsker. Når fagpersonen er bevisst på dette kan han eller hun i neste omgang gjøre dette klart for brukeren: Selv om brukeren ønsker noe annet eller litt mindre enn det han eller hun opplever som sitt behov, så handler ikke det om at behov overprøves og legges til side, men det handler om en bevisst strategi i hvordan en på et gitt tidspunkt velger å presentere sine behov overfor en tjenesteyter. Dette punktet understreker også den erfaringen vi gjorde, nemlig at informasjonen som en finner i kartleggingsdokumentet i individuell plan, hvor en finner blant annet brukerens behov uttrykt, kan være noe ulik de opplysninger en finner i tiltaksdokumentet, hvor det er uttrykt et ønske om tiltak som skal imøtekomme dette behovet.

En av brukerrepresentantene i prosjektet understreket at en koordinator må være noe annet enn en saksbehandler i kommunen. Han mente at begrepet advokat passet best. Brukeren trenger en person som går sammen med seg og kjemper for at brukeren blir hørt og får den behandling han eller hun har rett til. Som et eksempel nevnte han at en koordinator kan passe på at en instans overholder fristen for å svare på en søknad. Et annet eksempel kan være at avtaler som blir gjort i en ansvarsgruppe inneholder klare tidsfrister og beskrivelse av ansvarsfordeling. Koordinatoren får da ansvaret for å følge opp andre deltagere i planarbeidet i den hensikt å tilskynde at avtalen overholdes.

Fra en av brukerrepresentantene i prosjektet ble det understreket hvor viktig det er for en bruker at noen holder i den røde tråden. Hun stilte følgende spørsmål til fagpersonene:

Føler du som fagperson ansvar for oppfølgingen av individuell plan etter utskrivning? Hvem leverer du dette arbeidet du har påbegynt videre til? Eller, enda bedre, hvem kaller du inn til samarbeid?

For brukerrepresentanten var det viktig at den som blir koordinator mens bruker er innlagt må føle ansvar for å sikre oppfølging etter utskrivning. Dette er en av de store utfordringene når det gjelder samhandling om individuell plan - å sikre kontinuitet mellom helseforetakene og kommunene. Det er ikke bare å starte en prosess uten å sørge for at arbeidet med individuell plan videreføres (jf. kapittel 2 om tilrettelegging for arbeid med individuell plan).

Et eksempel på en "advokat":

En av fagpersonene fra kommunen reiste til det psykiatriske senteret, hvor brukeren da var innlagt. Han tok initiativ til arbeid med individuell plan og til å opprette en ansvarsgruppe. Fagpersonen fra kommunen kjente brukeren sin historie best og han ble valgt til koordinator. Fagpersonen var en aktiv pådriver i rehabiliteringsprosessen mot utflytting til hjemkommunen. Alle planmøter ble holdt ved senteret. Både denne fagpersonen, fagpersoner ved senteret og brukeren sa at de fryktet prosessen ville gått tregere og at brukeren ville ha vært mindre aktiv hvis ikke fagpersonen fra kommunen hadde vært koordinator. Fagpersonen begrunnet dette med at da brukeren kom til senteret var hun kaotisk og personale ved senteret ville trengt lengre tid på å etablere den alliansen med brukeren som var nødvendig. I tillegg var det nyttig med den kjennskap til kommunen som koordinatoren hadde.

10.4 Valg av koordinator – får brukeren påvirke valget?

I ulike roller som fagpersoner har hatt i forhold til brukeren er det nok mest tradisjon for at instansen har tildelt en fagperson som brukeren har fått. Det være seg en primærkontakt, en behandler eller en kontaktperson. Å bruke begrepet brukerens koordinator kan åpne for en ny vinkling av hvem som avgjør hvem som bestemmer hvem som får denne fagpersonrollen.

Når en fagperson er ansvarlig tjenesteyter er han eller hun ansvarlig overfor sin arbeidsgiver (tjenesteinstansen) for det tiltaket som tildeles og ytes overfor en bruker. Det virker i neste omgang logisk at det nettopp er tjenesteinstansen som velger denne tjenesteyteren. Egentlig er det vel snakk om at ansvar for et tiltak delegeres til den aktuelle tjenesteyter, i og med at individuell plan åpner for en ny rolle som skal bekles av en fagperson. En person skal ha et særlig ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med individuell plan,

altså være en koordinator, men denne fagpersonen er ikke ansvarlig for det enkelte tiltak eller tjenester som ytes til brukeren. Dette siste poengteres også i forskriftens §8 om "Gjennomføring av den individuelle planen" hvor det sies at "den tjenesteyter/ etat som har ansvar for tjenesten har ansvaret for at de planlagte tiltak gjennomføres." Å ha denne koordineringsfunksjonen er altså en ny rolle som er knyttet spesielt til individuell plan. Når det i forskrift om individuell plan samtidig legges opp til stor grad av brukermedvirkning, syns vi det er naturlig å legge til rette for at brukeren også får påvirke valget av koordinator.

Flere av koordinatorene hadde fra før lederansvar i brukeren sin ansvarsgruppe og de hadde "bare blitt" koordinator for individuell plan. Andre hadde hatt et mer formelt valg i en ansvarsgruppe.

To eksempler som viser hvordan koordinator ble valgt:

En av fagpersonene fra kommunen fortalte at da individuell plan ble tatt opp som tema på ansvarsgruppemøte mente en av deltakerne (en fagperson) at koordinator måtte være fra det psykiatriske senteret. Brukeren ble så forespurt og han ønsket fagpersonen fra kommunen, som han kjente best. Resultatet ble at den som brukeren ønsket ble valgt til koordinator.

I et ansvarsgruppemøte ble deltakerne enige om å skifte koordinator. Det som avgjorde valg av koordinator var hvem som skulle ha flest oppgaver og mest tid til brukeren framover.

Mange forhold spiller inn ved valget av koordinator, og ofte må disse avveies i forhold til hverandre. I våre diskusjoner i prosjektgruppa ble følgende kriterier for valg av koordinator nevnt som de viktigste:

- hvem ønsker brukeren?
- hvem kjenner brukeren best?
- hva er mest hensiktsmessig over tid?
- hvem vil representere størst kontinuitet?
- hvem kjenner tjenesteinstansene best?

Det er ikke alltid disse kriteriene er oppfylt i en og samme person. En må da foreta en avveining mellom hvilke kriterier som skal bli avgjørende for valg av koordinator. En slik avveining bør gjøres åpent når de aktuelle tjenesteytere er til stede. Vi er kritisk til at det "bare ble slik" som noen erfarte. Det er nemlig noen ganger for lett at enkelte fagpersoner bruker sin autoritet eller det faktum at de til nå har hatt et lederansvar i en ansvarsgruppe, til å nærmest automatisk legge opp til at de skal ha koordinatoransvar i forhold til individuell plan også. Ofte vil det være at en ender opp med en slik person som koordinator, men poenget er at det er viktig å være åpen for alternativer. En bør rutinemessig gjøre det til et tema, når et individuelt planarbeids starter opp, å velge koordinator.

10.5 Koordinators myndighet

I forskriftens §2 sies at et av formålene med individuell plan er "å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølging av pasienten". Dette utdypes i merknad til forskriften hvor det poengteres at "planen skal være et virkemiddel for å sikre at det alltid er en tjenesteyter som påser at pasienten får nødvendig oppfølging".

En av intensjonene med individuell plan er at én tjenesteyter skal utøve myndighet overfor andre tjenesteytere. Denne myndighet går ikke ut på å ta ansvar for enkelttiltak, men myndigheten skal brukes til å knytte tjenester sammen, skape forutsigbarhet for brukeren og få ulike tjenesteytere til å samarbeide ut fra et helhetlig perspektiv (forholde seg til brukerens ulike behov, ressurser og mål).

Som regel ble koordinator vist respekt av andre samarbeidspartnere slik at han eller hun kunne utøve koordinering. Flere av koordinatorene hadde for eksempel arrangert planmøter hvor brukeren og fagpersoner ble invitert til å delta. Alle bemerket som positivt at de fagpersonene som ble innkalt stort sett møtte. De opplevde respekt for den som er koordinator, uansett profesjon eller tilhørighet. Ved eksempler på at slike møter ikke ble fulgt opp, mente koordinatorene at årsaken til dette var mangel på tid hos den som ble innkalt.

En av fagpersonene opplevde imidlertid at hun måtte kjempe for å få kolleger til å sette individuell plan på dagsorden. Da hun i et behandlingsmøte ville drøfte momenter vedrørende brukerens individuelle plan opplevde hun at hun ble stående alene fordi det ikke var rom for, interesse eller rutine for at dette ble gjort. Det kan også handle om at koordinator av de andre i møtet ikke ble gitt den myndighet hun egentlig hadde i form av sitt ansvar for å få til et helhetlig tjenestetilbud til brukeren. Hun opplevde i hvert fall at hun i dette tilfelle ikke ble hørt. Ingen tok i mot hennes invitasjon til å delta i planarbeid. Dette kan også handle om at det ikke fantes klare rutiner ved instansen som sikrer at initiativ til et planarbeid ikke er personavhengig, men en aktivitet som det er et delegert ansvar for fra arbeidsgiver (jf. kapittel 2 om tilrettelegging for arbeid med individuell plan).

Vi tar til slutt med et annet eksempel som viser at det ikke alltid var enkelt for koordinator å engasjere andre til å ta ansvar for innholdet i en individuell plan.

En fagperson fortalte:

En bruker skulle følges opp av sin behandler ved sykehuset også etter utskrivning. Brukeren fikk et poliklinisk tilbud. Koordinatoren for brukeren mente det egentlig var en selvfølge at behandlende lege skulle delta i arbeidet med individuell plan, og spesielt ta ansvar for å beskrive tiltaksdelen. Behandler var ikke enig i dette og det ble til at koordinatoren gjorde dette.

Vi kan konkludere med at myndighet til å koordinere tjenester handler om noe annet enn å ta ansvar for enkelttiltak. Det handler om å jobbe for at alle tjenesteytere forholder seg til alle brukerens ulike behov, ressurser og mål og at de ulike tjenesteytere deltar i planarbeidet og samarbeider om å få tjenestene til å henge sammen. Som regel ble koordinator vist respekt for denne rollen, men en fagperson erfarte også at hun, på tross av at hun utfordret kolleger, ikke klarte å få de til å delta i planarbeidet, eller sette individuell plan på dagsorden. Årsaken til dette kan være at arbeidsgiver ikke tydelig hadde delegert et slikt ansvar til sine ansatte. Kan en annen årsak være at hun som koordinator manglet myndighet fordi individuell plan enda ikke var blitt noe som de andre følte seg forpliktet til å delta i?

10.6 Skifte av koordineringsansvar mellom fagpersoner i kommune og foretak

Noen ganger skifter koordinatoransvar fra å ligge hos en fagperson i helseforetaket til å overtas av en fagperson ansatt i kommunen.

Vi tar med et eksempel som understreker at det er viktig at dette skjer ved en overlapping av ansvarsoverføringen. En av fagpersonene som var ansatt i kommunen hadde like før prosjektet startet overtatt ansvaret for individuell plan fra en fagperson i helseforetaket. Disse to hadde et nært samarbeid i en overgangsfase i forbindelse med en utflytting fra institusjon. Det skjedde en glidende overføring av ansvar mellom de to, ved at begge deltok i ansvarsgruppa til brukeren (i overgangsfasen).

En brukerrepresentant sa det slik:

Det er viktig for brukeren at skifte av koordinator er forutsigbart. Det blir som å skifte en behandler. Det er en prosess å gå gjennom for bruker.

Det er viktig å ta hensyn til brukernes behov for forutsigbarhet og trygghet i en utskrivingsfase fra sykehus til kommune. Ansvar for koordinering av tjenester og planarbeid kan

gradvis overføres til kommunal tjenesteyter ved at koordinator ansatt i helseforetaket deltar i ansvarsgruppa til brukeren i en overgangsperiode.

10.7 Koordinering av praktiske og konkrete oppgaver

Det å jobbe som koordinator medfører ofte konkrete oppgaver, noe eksemplene nedenfor viser.

Lede planmøter eller ansvarsgruppemøter

En koordinatoroppgave er å lede planmøter eller ansvarsgruppemøter. Vår erfaring er at det er viktig at slike møter er planlagte. I tillegg er det viktig at koordinatoren tar ansvar for å avklare så mange spørsmål som mulig før møtet: eksempelvis undersøke status på søknader som er sendt, kontrollere at frister overholdes og innhente eventuelle skjemaer som trengs (eks. for å søke om bolig eller arbeidstilbud).

Informere, gi positiv tilbakemelding, utfordre andre, gjøre avtaler og handle praktisk

Det å være koordinator vil ofte innebære å utøve ulike funksjoner eller arbeidsoppgaver.

Her er et eksempel fra en av fagpersonene som illustrerer dette:

Koordinator kalte inn fastlegen til planmøte. Hensikten med møte var blant annet å informere legen om individuell plan og hva som var gjort til nå i planprosessen. Fastlegen visste lite om individuell plan, men så at han hadde en rolle i prosessen. Koordinatoren ga legen positiv tilbakemelding på at det var flott med den innstillingen han hadde og den viljen han viste til å bidra. Koordinatoren utfordret fastlegen til å snakke med brukeren om brukerens og behandlerens mål for behandling og beskrivelse av tiltak innen livsområde helse. Det ble avtalt at legen skulle sette opp en dobbelttime til brukeren til dette formål. Senere passet koordinatoren på å sende med brukeren to aktuelle skjema fra IPPH neste gang brukeren hadde avtale med legen (praktisk handling).

Telefonere og drive lobbyvirksomhet. Ta personlig kontakt og ringe i tillegg til skriftlig innkalling

Flere fagpersoner hadde tidligere erfart at det kunne være vanskelig å trekke leger med i et samarbeid rundt brukeren. I prosjektet hadde imidlertid et par fagpersoner gode erfaringer med at leger stilte opp og bidro i arbeid med individuell plan. En fagperson hadde erfart at det var viktig å ikke bare sende en skriftlig innkalling til et planmøte/ samarbeidsmøte for å få legen med, men satse på telefonkontakt og muntlig dialog.

Et eksempel på lobbyvirksomhet:

En bruker hadde søkt om kommunal leilighet. Koordinatoren tok flere telefoner til boligkontoret for å øve innflytelse på prioritering av tildelingen av boliger. Koordinatoren hadde erfaring med at det i tillegg til å sende en søknad, kunne være lurt å holde kontakt med saksbehandleren på denne måten.

Etter at behov for bistand var kartlagt og ønskede tiltak registrert omfattet det videre planarbeid tre oppgaver, som koordinator utførte sammen med brukeren eller på egen hånd:

- 1) å sjekke ut hvilke tiltak som var mulige
- 2) å skrive søknad(er)
- 3) å samtale med, eller besøke fagpersoner ved instanser som kunne tilby det aktuelle tiltaket.

For koordinator var målet med dette å sikre at det ble klart for bruker og andre samarbeidspartnere hvem som hadde ansvar for de respektive tiltak og påse at brukeren fikk nødvendig oppfølging.

Som vi har vist kan det å jobbe som koordinator for en bruker bestå av ulike oppgaver. Vi har i dette kapitlet gitt noen eksempler på slike oppgaver. Vi har erfart at disse oppgavene utfordrer en koordinator innen møteledelse, til å motivere og utfordre andre tjenesteytere, ta ansvar for praktiske gjøremål og drive lobbyvirksomhet. I dette arbeidet trenger koordinator å kommunisere godt med andre, både muntlig og skriftlig og han eller hun må kunne oppsøke andre fagpersoner for å gå i dialog om planlegging og gjennomføring av tiltak. Dette er oppgaver som koordinator må gjøre fordi han eller hun har ansvar for å påse at brukeren får nødvendig og helhetlig oppfølging fra et samlet tjenesteapparat.

10.8 Konklusjon

Koordinering er en krevende, allsidig og interessant arbeidsmåte. Å være koordinator for en bruker krever først og fremst at han eller hun har kunnskap om individuell plan. Særlig er det viktig å vite hva som er formålet med et individuelt planarbeid. Videre trengs kunnskap om hvem som har rett til individuell plan. Når det gjelder dette skulle vi ønske at forskrift og lovverk var tydeligere. En personlig koordinator trenger kunnskap om og ferdighet i å omgås ulike tjenesteinstanser. En koordinator må ta ansvar for å formidle sin kunnskap både til brukere og andre deltagere i planarbeidet. For å forstå hva det innebærer å være koordinator for en bruker var det nyttig å bruke begrepene los og advokat - altså være henholdsvis en veiviser og en talsmann for brukeren. Vi mener at det er viktig at fagpersoner er bevisst på *hvordan* de blir koordinatører. Er det en rolle de innehar som en selvfølge eller skjer det ved et valg?

Vi synes at forskrift om individuell plan utfordrer fagpersoner og instanser til å legge til rette for at brukeren i størst mulig grad kan velge koordinator selv. Vi har erfart at å være koordinator krever en annen form for ferdighet og myndighet enn å være ansvarlig for ett enkelt tiltak. Som regel ble koordinator respektert for denne myndigheten, slik at de fleste stilte opp og var med i arbeid med individuell plan. Men dette var ikke alltid tilfelle. Er ansvar for å delta i individuelt planarbeid enda ikke tydelig nok delegert fra arbeidsgivere slik at fagpersoner ikke alltid føler seg like forpliktet til å delta? Vi har understreket at det spesielt i en utskrivningsfase fra sykehus til hjemkommune er viktig med en god ansvarsoverføring av koordineringsansvaret. Til slutt i dette kapitlet har vi vist ulike sider ved praktisk koordineringsarbeid. Vi så at det å være koordinator krever ulike typer ferdigheter, både pedagogiske, administrative, mellommenneskelige og ferdigheter innen personalledelse.

Flere framhevet at det å være koordinator i individuell plansammenheng var spennende. Det kan kreve både tid og mange runder med telefoner, besøk og møter med fagpersoner og brukeren for å sy sammen tjenester til brukeren. At tjenester gjerne skal ytes både fra kommune og helseforetak gjør ikke dette arbeidet mindre krevende.

Vi avslutter kapitlet med et sitat fra en fagperson:

Det var den snevre jobbingen kun innenfor sykehuspostens fire vegger som brente meg ut. Å jobbe med alle sider av brukerens liv er mye mer givende. Det er dette som er kjekt. Det er denne typen jobbing individuell plan inviterer til. Og det er dette som gjør koordinatorrollen så spennende.

11 Revisjon av planen

11.1 Innledning

I forskriften heter det at individuell plan skal "inneholde tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen." (§6) I merknader til §2 står det: "... den individuelle planen skal være et virkemiddel for å sikre at det alltid er en tjenesteyter som påser at pasienten får nødvendig oppfølging."

Slik vi i prosjektgruppa har tolket forskriften betyr dette at revisjon av planen bør omfatte to ulike forhold:

- de enkelte tiltak i planen skal evalueres – dette er omtalt i kapittel 9.
- den individuelle planen skal eventuelt justeres og revideres

I første del av prosjektperioden hadde vi ikke erfaringer med revidering av planen. I siste del av prosjektperioden valgte vi å ha mye fokus på tilrettelegging for arbeid med individuell plan på systemnivå og det ble ikke satt av tid til å drøfte erfaringer om revisjon av planen. Derfor inneholder dette kapitlet få erfaringer og eksempler.

11.2 Evaluering og revidering av planen

I prosjektgruppa var det et engasjement for å få fram at når den individuelle planen skal revideres er det viktig å spørre om *formålet* med individuell plan er oppnådd. Det er viktig å ikke bare evaluere det enkelte tiltak i planen (jf. kapittel 9). Ved en revisjon av planen er det viktig at dette gjøres med bakgrunn i forskriftens § 2 som beskriver formål med individuell plan:

- har planen bidratt til at tjenester er blitt mer helhetlig, samordnet og koordinert?
- har planarbeidet bidratt til at samarbeidet mellom brukeren og fagpersoner, og mellom fagpersoner, fungerer bedre?
- har planen skapt større trygghet og forutsigbarhet for brukeren av tjenestene?

Et annet spørsmål er *når* planen bør revideres og eventuelt justeres? Flere som deltok i prosjektet poengterte at det er viktig å revidere planen ved store endringer i brukerens situasjon.

En fagperson:

En fagperson fra det psykiatriske senteret bemerket at en individuell plan som var utarbeidet for en bruker som hadde bodd lenge ved senteret, skulle revideres når utskrivning til kommunen nærmet seg. På det tidspunkt ville en også kalle inn aktuelle fagpersoner fra kommunen til planmøte. (Dette skjedde ikke i prosjektperioden.)

Ved en slik endring i brukerens situasjon må en gjøre avtaler mellom brukeren og aktuelle deltakere om hvordan et videre samarbeid om individuell plan skal være og hvem som skal ha koordinatorsansvaret.

Ut fra erfaringer vi har gjort så langt i de ulike individuelle planene tar vi med et par momenter til som grunnlag for å gjennomføre revisjon av planen.

Vi foreslår at planen revideres når viktige mål blir nådd eller når behov endrer seg betydelig innen et eller flere livsområder. Hvis behov endrer seg må en vurdere om en skal gjøre en ny kartlegging av brukerens mål og behov innenfor et eller flere livsområder. Etter en slik kartlegging vil det være naturlig å revidere planens innhold forøvrig.

Flere i prosjektet mente at det skjedde prosesser både hos brukeren og fagpersoner som ikke var et mål i seg selv, men noe vi kan kalle positive sideeffekter av et arbeid med individuell plan. Når en skal vurdere resultater av individuell plan vil vi derfor også anbefale at en ser på hvilke prosesser som er satt i gang, og hvordan disse kan ha betydning for kvaliteten på både tjenester og samarbeid.

Vi har i kapittel 3.5 antydnet at arbeid med individuell plan kan ha terapeutiske effekter hos brukeren. Vi tar her med et eksempel på at det også skjedde positive endringer hos fagfolk, ved at fagpersonen som var koordinator følte større ansvar for oppfølging og evaluering av tiltak. En fagperson i kommunen fortalte at koordinatorrollen gjorde at han mer enn tidligere følte ansvar for brukeren sin situasjon også mens brukeren for en periode var innlagt i institusjon.

Han uttrykte det slik:

“Tidligere har jeg gjerne, ubevisst eller bevisst, “tatt fri” i forhold til brukeren når han i perioder har vært innlagt og tenkt at “nå får andre ta ansvaret”. Nå, når jeg er koordinator, tenker jeg at jeg har et ansvar for å sikre at det planlegges og avtales gode tiltak som sikrer en best mulig oppfølging uavhengig av hvor brukeren er, og særlig i perioden før, under og etter utskrivning. Dette førte til at jeg tok en telefon til institusjonen for å snakke med brukeren og brukerens kontaktperson ved avdelingen. I tillegg ba jeg om et møte med kontaktperson og behandler for å få orientering om behandlingsopplegg, evaluere tidligere oppfølging fra kommunen og være med å planlegge utskrivning.”

11.3 Konklusjon

Vi oppfatter at revisjon og justering av en individuell plan handler om å spørre om formålene med individuell plan, slik de er beskrevet i forskriftens § 2, er oppnådd. Vi mener det derfor er viktig å skille en slik revisjon av planen fra evaluering av de enkelte tiltak. En slik revisjon av planen tror vi oftest vil være aktuell når det skjer større endringer i brukerens situasjon, for eksempel ved flytting fra institusjon til egen bolig, når viktige mål er oppnådd eller det er større endringer av behov som tilsier en ny kartlegging av ressurser, mål og behov innenfor et eller flere livsområder. Virkninger av individuell plan kan også gi terapeutiske effekter hos brukeren og føre til at en fagperson tar større ansvar for å gi en helhetlig oppfølging av brukeren.

12 Bruk av dataverktøy i utforming av individuell plan og elektronisk samhandling

Samhandlingsprosjektet hadde fire ulike målsettinger og aktiviteter knyttet til bruk av dataverktøy i utforming av individuell plan og elektronisk samhandling:

- bidra til å utvikle rutiner for sikker deling av sensitiv helseinformasjon
- bruk av dataprogram i utforming av individuell plan
- PlanPro skulle prøves ut som et felles dataverktøy i arbeidet med individuell plan
- pilottesting av webbasert løsning for elektronisk samhandling

Vi vil i dette kapitlet oppsummere våre erfaringer knyttet til bruk av dataverktøy.

12.1 Utvikle rutiner for sikker deling av sensitiv helseinformasjon

Alle de fire målsettinger og aktivitetsområder nevnt innledningsvis i dette kapitlet handler om deling av sensitiv helseinformasjon og utvikling av måter og rutiner for dette.

Innledningsvis i prosjektet (hovedsakelig i forprosjektfasen) svarte deltagerne i prosjektgruppen på noen spørsmål som spesielt handlet om deling av sensitiv helseinformasjon.

Det var SINTEF Tele og data, som var en av deltagerne i prosjektets utviklingsgruppe, som ba om innspill i forhold til å finne datatekniske og sikkerhetsmessige løsninger for deling av sensitiv informasjon mellom brukere og helsepersonell som var deltagere i et individuelt planarbeid. Spørsmålene de stilte var et ledd i å finne ut hvilke krav et individuelt planarbeid stiller til et dataprogram som skulle behandle og gjøre det mulig å dele helseinformasjon mellom ansatte i kommune og helseforetak på en sikker måte. Som det framkommer senere av dette kapitlet ble elektronisk samhandling mellom helseforetaket og kommunen umulig å gjennomføre i prosjektperioden. Gjennom bruk av dataprogrammet PlanPro internt ved de tre instansene som deltok i prosjektet og gjennom pilottesting av det webbaserte programmet SamPro, gjorde vi likevel noen erfaringer om deling av sensitiv helseinformasjon.

De erfaringer vi gjorde er derfor begrensende, men noe rapportering ble gjort til SINTEF Tele og data. Disse er tatt inn i de erfaringer som er beskrevet under.

12.2 Bruk av PlanPro i utforming av individuell plan

Til planverktøyet IPPH er det utviklet et dataprogram (PlanPro) som gjør det mulig å legge inn informasjon fra individuelle planer og revidere slik informasjon ved hjelp av PC. PlanPro har også funksjoner som ivaretar andre typer dokumentasjonsbehov for ansatte innen psykiatri og psykisk helsearbeid.

12.2.1 Erfaringer før prosjektstart – tiltak generelt og tiltak i individuell plan

Flere av deltagerne i prosjektet har brukt PlanPro et par år, og har i denne perioden vært med å utvikle og revidere programmet. Erfaringene disse har med PlanPro er i stor grad

erfaringer med bruk av funksjoner i programmet som ikke handler om individuell plan. Disse funksjonene er særlig journalføring og saksbehandling. En tredje funksjon i PlanPro er registrering av og evaluering av tiltak. Denne funksjonen i PlanPro er relevant å bruke uavhengig av om brukeren har en individuell plan eller ikke.

Særlig i kommunen er mange brukere registrert i PlanPro. De som arbeider innen psykisk helsearbeid har benyttet PlanPro som sitt eneste interne journal- og dokumentasjonsverktøy. Tiltak til brukerne var derfor registrert i PlanPro uavhengig om det var aktuelt med individuell plan. Når noen av disse brukerne etter hvert fikk en individuell plan var registreringen av tiltak som allerede var gjort i PlanPro nyttig. Styrken med et dataprogram var at en ved enkle tastetrykk kunne skrive ut tiltakene som elementer i den individuelle planen. Noen tiltak var gjerne registrert kun med oppstartdato og navn på tiltaket. Når en så jobbet med individuell plan, og ny informasjon kom fram, ble flere felter i skjermbildet for tiltak fylt inn (for eksempel mål for tiltaket, spesifisering av innhold, begrunnelse for tiltaket og dato for evaluering.) Vi erfarte disse fordelene med et dataprogram: Det var lett å gjøre oppdateringer og redigeringer, og det var lett å lage en ny papirutgave av en tiltaksoversikt, fordi en kunne fylle inn endringer og deretter ta en ny utskrift.

Erfaringene nevnt over var altså ikke spesielt knyttet til Samhandlingsprosjektet, men de er tatt med fordi de understreker at arbeid med individuell plan kan være en videreføring av arbeid som allerede er i gang. Å jobbe med tiltak ble utvidet til også å handle om jobbing med individuell plan. Disse erfaringer viser hvordan PlanPro, som allerede var i bruk som verktøy for dokumentasjon, var en hjelp til å føre informasjon om brukerens tiltak over i en individuell plan.

Videre beskriver vi noen overordnede erfaringer med bruk av PlanPro, deretter noen erfaringer med å ta i bruk et nytt dataprogram og til slutt gir vi eksempler på bruk av PlanPro i forhold til de ulike elementer i en individuell plan.

12.2.2 Overordnede erfaringer med bruk av PlanPro

Generelt var det enighet om at PlanPro ivaretar de samme elementer i en individuell planprosess som IPPH gjør. Det oppleves derfor å være samsvar mellom forskrift om individuell plan, planverktøyet IPPH og dataprogrammet PlanPro. At PlanPro i tillegg til å ivareta elementene i et individuelt planarbeid også innehar funksjoner for å imøtekomme et samlet dokumentasjonsbehov innen psykisk helsearbeid oppfattes både positivt og negativt. Det positive er at fagpersoner slipper å forholde seg til og lære seg bruken av flere dataprogram. Det gjør det enklere og mer rasjonelt å jobbe med kun et dataprogram. Det negative med dette er at det noen ganger oppstår datatekniske konflikter mellom PlanPro som redskap for individuell plan og PlanPro som redskap for dokumentasjon for øvrig. Vi nevner et eksempel på dette: Et tiltak til en bruker er registrert i PlanPro som en del av en oppfølging som gis, uten at det samme tiltak ønskes med i den individuelle planen. Vi går ikke i detaljer på dette, men poengterer at noen slike tekniske løsninger er løst gjennom god dialog mellom programleverandør og de som bruker programmet, andre gjenstår å løse.

Det er viktig hvem som har tilgang til informasjonen som ligger i PlanPro. Eller, sagt på en annen måte: Det er viktig hvordan PlanPro styrer tilgangen til informasjonen som ligger i den individuelle planen til den enkelte bruker. I PlanPro er denne tilgangen styrt etter hvem brukeren har ønsket som deltager i planarbeidet og som brukeren har samtykket til skal få tilgang til taushetsbelagt informasjon. Erfaringene er at tilgangssystemet i PlanPro nettopp ivaretar brukerens ønsker og gir samtidig fagpersonen god oversikt over aktuelle brukere fordi han eller hun kun ser sine "egne" brukere i brukerlisten. Noen ganger har denne tilgangsstyringen blitt opplevd som upraktisk og hemmende. Dette er tilfellet når en fagperson av ulike årsaker trenger rask tilgang til opplysninger om en bruker hvor han eller hun ikke er deltager. Det kan være i forbindelse med en akutt episode i forhold til en bruker hvor fagpersonen som er deltager samtidig er fraværende. Det er i denne sammenheng meldt til programleverandøren at en savner en slags nødtilgangs-funksjon i programmet.

I hvor stor grad informasjon i PlanPro kan deles elektronisk mellom ulike aktører avhenger av hvem som teknisk har tilgang til databasen hvor PlanPro ligger. Dette tas opp i kapitlene 12.3 og 12.4. Den som ikke har tilgang til informasjonen elektronisk er selvfølgelig avhengig

av at utskriftene er gode. Det er fortsatt et ønske om forbedringer med tanke på å få en best mulig utskrift av planen. Utskriften er et viktig dokument for brukeren, og bør få en layout som gjør den enda mer lesevennlig og som gir større mulighet til individuelt design.

12.2.3 Erfaringer med å ta i bruk et nytt dataprogram

Å ta i bruk et dataprogram krever opplæring. Det var ulik erfaring med hvor godt dette var ivare tatt ved de ulike instansene. Skulle vi få brukt PlanPro i den elektroniske samhandlingen mellom kommune og helseforetak slik vi planla, så vi at det var viktig med opplæring.

Det var viktig at prosjektleder hadde hatt en samling for dem som hadde minst erfaring med PlanPro fra før. Vi satte av en hel dag hvor alle jobbet med hver sin pc og la inn aktuell individuell plan-informasjon på fiktive brukere.

Vi så også at det var nødvendig med individuell praktisk hjelp (brukerstøtte) etter hvert, jf. "igangsetterfunksjonen" beskrevet i kap.2. Igangsetteren bør selv være "superbruker" på PlanPro.

Det er viktig å begynne med de enkleste delene i programmet for å bli kjent med systemet.

Det er viktig for motivasjonen til å bruke PC at en kommer raskt i gang med å bruke PlanPro i forhold til reelle brukere, selv om en i starten benytter få funksjoner i PlanPro.

12.2.4 Bruk av PlanPro i forhold til de ulike elementer i individuell plan

Ettersom bruk av dataprogram i individuell plansammenheng, så vidt vi kjenner til, er nokså oppløyd mark, presenterer vi noen momenter som kan gi innblikk i slik bruk.

Dataprogrammet gir koordinator og andre rask tilgang til informasjon om brukeren, pårørende og deltagere i planarbeidet. Vi tenker her på nyttige data som navn, telefonnummer og adresser. Andre eksempler er hvilke instanser ulike fagpersoner tilhører og hvem som er pårørende.

Programmet gir en god oversikt over "egne brukere". Det oppleves som veldig ryddig og riktig at en kun får opp på skjermen de brukere hvor en selv er deltager i planarbeidet eller de en gir tjenesteyting til.

I funksjonen *notat* kan instansen(e) selv definere type notat. En kan for eksempel kalle en notattype for "Individuell plan-notat" og bruke denne til å skrive for eksempel møtereferat eller andre brev til bruker eller deltagere i planarbeidet. Dette notatet kan flettes inn i en brevmal. Notat og flettefunksjonen er erfart som et veldig praktisk og nyttig verktøy i hverdagen. Den er tidsbesparende når det gjelder å lage et brev.

PlanPro oppfattes av noen som begrensende fordi det ligger i systemet en del "automatiske plasseringer" av informasjon. Viser dette med et eksempel: Som vi har nevnt i et tidligere kapittel er det ikke alltid en er enig i at et tiltak hører hjemme under det livsområdet det er plassert i PlanPro. Flere kunne tenke seg at det gikk an å velge tiltak og livsområde uavhengig av hverandre. Generelt har vi et ønske om størst mulig grad av fleksibilitet i dataprogrammet, men innser at noe handler om datatekniske forhold som ikke alltid lar seg justere etter faglige behov.

PlanPro krever at enkelte felt må fylles ut. Hvis ikke kommer en ikke over i neste skjermbilde. Som regel oppleves ikke det som et problem, men noen ganger blir det det fordi en mangler informasjon som det spørres etter. Vi har erfart at dette kan løses ved at en gjør noen interne bestemmelser. Eksempelvis ved registrering av tiltak som har pågått en stund er det ikke alltid en kjenner til oppstartsdatoen. En av instansene vedtok følgende: Når en vet måned bruk dato: 1. i måned. Når en vet år: bruk 1. januar (eks 01.01.1987).

Når tiltak skal beskrives i individuell plan er det viktig at navn på tiltak i dataprogrammet stemmer overens med navn på tiltak som er reelle i vår kommune/ helseforetak. Det oppleves positivt at vi selv kan legge lokale navn på tiltak inn i kodeverket i PlanPro.

Flere har erfart at registrering av varselsignal og utarbeiding av kriseplan er et viktig tiltak eller en delplan som en individuell plan kan vise til. Denne funksjonen i PlanPro er ulik den malen vi er vant til å bruke både i kommunen og helseforetaket. Dette har til nå resultert i at PlanPro stort sett ikke er benyttet i forhold til å utforme kriseplaner. Denne funksjonen/malen bør videreutvikles i PlanPro.

Flere prosesser (for eksempel kartlegging av brukerens behov, mål og ressurser) foregår ofte over lenger tid, kanskje etappevis og i rykk og napp. Fordelen med et dataprogram er at en får raskt oversikt på skjermen over status i planarbeidet, hvor mye kartlegging som er gjort, om tiltak er planlagt, om det er søkt om tiltak og om tiltak er igangsatt eller avsluttet.

Et forbedringsønske er en form for "lagre som"-mulighet, kjent fra tekstbehandling, slik at man kan benytte en gammel kartlegging som "mal" for å lage en ny, uten å tape opplysninger fra den gamle kartleggingen.

12.2.5 Konklusjon

For å oppsummere erfaringene og for å si noe om hva vi syntes fungerte bra og hva som fungerte mindre bra, er det viktig å se at PlanPro omfatter tre hovedfunksjoner. Disse funksjonene er: 1) PlanPro som verktøy for å dokumentere planprosessen, 2) PlanPro som verktøy for utforming av et skriftlig plandokument og 3) PlanPro som verktøy for informasjonsdeling og samhandling.

For å ta det siste først, så fikk vi ikke prøvd ut PlanPro som verktøy for informasjonsdeling og samhandling, selv om det var denne samhandlingen vi først og fremst ville prøve ut. Årsaken til dette var hindringer som lå utenfor både prosjektdeltagernes og programleverandørens muligheter og ansvar. Dette er omtalt i kapittel 12.3.

Når det gjelder PlanPro som verktøy for å dokumentere planprosessen så er det her vi har de beste erfaringene med PlanPro. Vi har erfart at PlanPro kan brukes som et hjelpemiddel for å få oversikt over status i planarbeidet og oppfølgingen av de ulike tiltak som er søkt om, igangsatt eller avsluttet. Videre kan programmet være en hjelp til å sikre framdrift i planarbeidet ved at det synliggjør frister som utgår snart (for eksempel dato for neste evaluering) og som en hjelp til raskt å skaffe seg relevant informasjon om bruker, pårørende, deltagere i planarbeidet og opplysninger som ligger i blant annet kartleggingsresultat. PlanPro oppfattes slik som et godt administrativt verktøy for koordinator og andre deltagere i planarbeidet. At PlanPro kan brukes som et administrativt verktøy skiller PlanPro fra den muligheten en papirversjon av individuell plan har. PlanPro er mer dynamisk og anvendelig enn et papirdokument. Blant annet fordi det er mye lettere og sikrere å oppdatere. Denne fordelen blir også den samme om en sammenligner PlanPro med en plan som er lagt inn i et tekstbehandlingsprogram (for eksempel Word).

Når det gjelder PlanPro som verktøy for utforming av et skriftlig plandokument er erfaringene mer blandet. De positive erfaringene er, som allerede nevnt, at det er lettere å redigere inn endringer og oppdateringer fordi en når som helst kan ta en ny utskrift. Dette kan også gjøres i et tekstbehandlingsdokument og med en bedre layout som resultat. Utskrifter fra PlanPro bør få bedre layout og gi større mulighet til å endre layout for den enkelte individuell plan.

12.3 PlanPro skulle prøves ut som et felles dataverktøy i arbeidet med Individuell plan

Individuell plan handler om samhandling og informasjonsutveksling mellom brukeren og fagpersoner og mellom ulike fagpersoner. I Samhandlingsprosjektet ønsket vi å prøve PlanPro som et felles elektronisk redskap for samhandling og informasjonsutveksling mellom ansatte i kommunen og ansatte i helseforetaket.

Brukeren har rett på bare én individuell plan

Forskriften poengterer at det skal utarbeides bare en individuell plan for hver bruker. I dette ligger først og fremst brukerens behov for (og rett til) at tjenester han eller hun mottar fra ulike tjenesteytere skal henge sammen, framstå som helhetlige og være koordinerte. Dette utfordrer også fagpersoner til å finne arbeidsmåter som gjør det mulig at den ene individuelle planen til brukeren er kjent av og brukes av alle aktuelle deltagere i planarbeidet uavhengig av hvor fagpersonene er ansatt.

Informasjonen i en individuell plan skal kunne samles fra ulike deltagere, den skal være oppdatert og den skal deles mellom deltagere.

Videre utfordrer individuell plan fagpersoner i forhold til hvordan de skal klare å *samle* aktuell informasjon i én felles individuell plan, hvordan de skal sikre at denne informasjonen er *oppdatert* og hvordan de skal kunne *dele* informasjonen seg i mellom på en nyttig og enkel måte. Å kunne samle, oppdatere og dele informasjon er viktig for å få til et godt samarbeid i tjenesteytingen. Vi ønsket altså å prøve ut om det var både teknisk og praktisk mulig å få hjelp av en dataløsning for å møte utfordringene nevnt overfor.

12.3.1 Den datatekniske løsningen ble kalt "fjerntilgangskonseptet"

Løsningen som vi ville prøve ut var et såkalt "fjerntilgangskonsept". Kort beskrevet gikk dette ut på at fagpersonene i Samhandlingsprosjektet skulle kunne logge seg på PlanPro uavhengig av om de jobbet i helseforetaket eller kommunen. Dette var mulig ved at PlanPro ble lagt i en database ved SiR hvor alle hadde tilgang. Det grensesprengende ved dette var at en ansatt i kommunen skulle logge seg på et fagprogram i helseforetaket. Denne type tilgang krevde en spesiell datateknisk og sikkerhetsmessig løsning som ble kalt "fjerntilgangskonsept". Nærmere beskrivelse av dette er nedfelt i en "brukeravtale" mellom Samhandlingsprosjektet og it-ansvarlige og en kravspesifikasjon til løsningen som ble utarbeidet med bakgrunn i utfordringene nevnt under punkt A og B over. Disse dokumenter er ikke lagt ved rapporten, men kan fås ved å kontakte prosjektansvarlige.

12.3.2 Forventninger til løsningen

Vi hadde grunn til å tro at denne løsningen kunne imøtekomme følgende krav: En felles database ville gjøre det mulig for alle å ha tilgang til én og samme plan for brukeren. Når informasjon i individuell plan ble registrert, samlet og etter hvert oppdatert, ville den bli tilgjengelig samtidig for alle deltagere som hadde tilgang til databasen. Det ville være mulig at flere deltagere la inn informasjon og hentet ut informasjon fra planen (samtidig – altså uten å måtte ta en utskrift og sende i posten). Vi så for oss at oppdatering av planen og informasjonsdeling mellom deltagere ville bli enklere og sikrere gjennom denne løsningen, framfor at dette skulle skje ved hjelp av papir og vanlig postgang. I tillegg så vi for oss at dette kunne være en kvalitetssikring mot at kopier av informasjon i planen forelå rundt om kring uten å være oppdatert.

12.3.3 Gjennomføring og resultater

Etter avklaringsrunder og samarbeid mellom IT-sjef i Helse Stavanger, IT-sjef i Sandnes kommune, SINTEF Tele og Data, Hiadata (leverandør av PlanPro) ble det inngått en avtale om å gjennomføre en slik utprøving ved hjelp av fjerntilgangsløsning. Noen tekniske problemstillinger skulle avklares og vi ble enige om 1.6.03 som mål for når slik utprøving skulle starte. IT-avdelingen ved Helse Stavanger skulle ha det tekniske hovedansvaret.

Selv om vi stadig, fra juni til prosjektslutt i desember, fikk signaler fra IT-avdelingen ved Helse Stavanger om at dette var like om hjørnet, at den tekniske løsningen egentlig var på plass, så klarte de ikke å få dette fjerntilgangskonseptet i gang. Prosjektdeltagerne var fra mars 2003 klar for å starte en slik utprøving. Vi beklager at det fra IT-teknisk hold ikke lot seg gjøre å legge til rette for dette samarbeidet.

Det er teknisk mulig å etablere en slik løsning, og vi ville hatt en mulighet til å teste ut om dette var en sikkerhetsmessig god nok løsning i forhold til å dele sensitiv helseinformasjon. Utprøvingen var godkjent av datatilsynet. Vi vet ikke om det var manglende kunnskap eller kapasitet som gjorde at utprøvingen aldri ble en realitet. Vår anbefaling til andre miljøer er at man sørger for at framdriftsplanen er forankret høyt oppe i den faglige- og administrative ledelsen både i kommunen og i helseforetaket, og at prioriteringen er anerkjent også av IT-miljøene.

12.4 Pilottesting av webbasert løsning for elektronisk samhandling (SamPro)

SINTEF Tele og data jobbet som nevnt i kap 12.1 med å finne tekniske og sikkerhetsmessige løsninger for deling av sensitiv helseinformasjon som ligger i en individuell plan. I løpet av den samme tidsperiode som Samhandlingsprosjektet pågikk ble dette arbeidet utvidet. Dette skjedde ved at SINTEF Tele og data og Hiadata a/s ble involvert i et prosjekt finansiert av si@-midler. Dette er midler som tildeles helseforetak og er øremerket utviklingsarbeid innen it og helse. Gjennom dette startet arbeidet med å utvikle en webbasert løsning for sikker deling av sensitiv helseinformasjon i individuell plan. Helt på tampen av prosjektperioden til Samhandlingsprosjektet ble noen av deltagerne involvert i dette "si@prosjektet", i en pilot-testing av en slik webbasert løsning.

Denne webbaserte løsningen, kalt SamPro, innebærer at en tar i bruk internettbasert teknologi innen området deling av helseinformasjon. Dette dreier seg altså om en webbasert løsning for elektronisk samhandling. At den er web-basert betyr at man kan arbeide fra en hvilken som helst PC og en er ikke avhengig av å installere en spesiell programvare på sin PC for å gå inn på programmet. Løsningen kan sammenlignes med nettbank når det gjelder tilgang og pålogging. Løsningen åpner for at det blir mulig for brukeren å logge seg inn i sin individuelle plan via internett på lik linje med fagpersoner. Denne løsningen skiller seg fra PlanPro blant annet ved at den rommer funksjoner som kalender – hvor avtalebok kan opprettes, utveksling av beskjeder i et eget mailsystem er mulig og en kan kommunisere toveis her og nå med en eller flere deltagere i planarbeidet. Løsningen er altså en videreutvikling av samhandlings- og kommunikasjonsdelen i en individuell plan.

Prosjektleder har deltatt i risiko- og sårbarhetsanalyse av løsningen. Oppkobling via internett til Helse Midt-Norge IT (HEMIT) ble etablert fra prosjektleders kontor i Sandnes kommune, og noen av prosjektdeltagerne deltok i en pilottesting av denne løsningen. Pilottesting besto først i å prøve å lage individuell plan (case) elektronisk. Deretter skulle vi svare på spørsmål som omhandlet brukergrensesnitt, programløsning for elektronisk samhandling og sikkerhet.

SamPro er ennå på utviklingsstadiet, men virket lovende som samhandlingsverktøy.

12.5 Vurdering av fire aktuelle planverktøy beskrevet i dette kapitlet

IPPH

Dette er et papirbasert planverktøy for individuell plan. Denne har sin styrke i å kvalitetssikre prosesser sammen med brukeren. Svakheten i forhold til elektroniske verktøy er at det er tyngre å redigere og evaluere planen fordi det blir mye skrivearbeid. Det er en fare for at kopier av en individuell plan finnes rundt omkring uten å være oppdaterte.

PlanPro

PlanPro har integrert IPPH, og er et elektronisk planverktøy som gjør det mulig å samle all informasjon i en database. Styrken ved PlanPro er at oppdateringer, endringer og evalueringer er lettere og mindre arbeidskrevende å utføre. Nye utskrifter kan gjøres ved endringer i deler av planen. Flere fagpersoner kan, når de har tilgang til samme database, hente informasjon fra samme kilde. Opplysninger i planen trengs kun å oppdateres ett sted for å nå alle som har tilgang.

Fjerntilgangsløsning

Styrken ved en felles database for kommune og helseforetak, som vi tenkte å prøve ut, er at helsepersonell fra kommune og helseforetak kunne bruke den samme databasen. Gjennom det antok vi at en slik tilgang kunne åpne for bedre samhandling om individuell plan og tjenester for felles brukere.

SamPro

Styrken ved en webbasert løsning for elektronisk samhandling er at informasjon i individuell plan i prinsippet kan nås av alle som har internettilgang. Også brukeren selv kan nå den via sin egen PC hjemme. Hvem som gis tilgang vil kunne styres av brukerens samtykke.

12.6 Konklusjon

Utviklingen av elektroniske verktøy til bruk i individuelt planarbeid samsvarer med det vi har erfart gjennom Samhandlingsprosjektet, nemlig at arbeid med individuell plan handler om noe langt mer enn å skrive et plandokument. Individuell plan handler om samhandling og kommunikasjon.

Særlig når det gjelder kommunikasjon mellom de ulike deltagere i planarbeidet kan et elektronisk planverktøy gi store fordeler. Elektroniske løsninger kan ha elementer som felles avtalebok (kalender) og felles beskjedblokk (chat) lagt inn i programmet (jfr. SamPro).

I tillegg gjør elektroniske verktøy som regel oppdateringer, endringer, evalueringer, rapporter (utskrifter) mindre arbeidskrevende og muligheten for informasjonsdeling er større.

Det virker som om slike løsninger er teknologisk og sikkerhetsmessig realistiske. Gjennom dette prosjektet fikk vi testet ut grensene for det offentlige kapasitet og kompetanse for elektronisk samhandling. Prosjektet har vist at det offentlige ennå ikke har lagt til rette for den samhandlingen individuell plan for denne brukergruppen fordrer (rammebetingelser). Vi har erfart at kapasitet og prioriteringer ved en IT-avdeling i et system kan være faktorer som utgjør en flaskehals og blir begrensninger for å lykkes. Skyldes dette også økonomi, må denne typen utviklingsarbeid ligge inne i budsjettet for å bli prioritert. I vårt prosjekt var det ikke snakk om investeringskostnader.

Andre faktorer som vi tror vil påvirke hvordan og hvor raskt en slik elektronisk samhandling kan bli en realitet er brukeres og fagpersoners tilgang til pc, opplæring i bruk av slike system og at det blir standardiserte løsninger som ikke er avhengig av en eller få leverandører av dataprogram.

Noen brukere har langt større kompetanse innen IT enn fagpersoner, i andre tilfeller vil det være motsatt. Ofte vil fagpersoner ha større tilgang til pc enn brukerne. Bruk av IT-løsninger kan i verste fall føre til større avstand og mindre "likestilling" mellom bruker og fagperson, men det trenger ikke bli slik. Elektronisk samhandling kan, selv om det kun vil være mulig mellom fagpersoner (i første omgang), åpne for bedre samarbeid og samkjøring mellom tjenesteyterne til beste for brukeren. Har brukeren selv tilgang til en slik samhandlingsarena fra sin egen pc hjemme kan dette åpne for nye og bedre muligheter for brukeren til å nå fram til fagpersoner med sine innspill, altså være et verktøy for brukermedvirkning.

13 Vedlegg 1

Samhandlingsprosjekt for Individuell plan
Mental Helse Sandnes , SIR-psyk.klinikk, Varatun psykiatriske senter og Sandnes kommune

INDIVIDUELL PLAN – Samhandlingsprosjekt

Til

Etter forskrift om Individuell plan og lov om pasientrettigheter har personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Gå gjennom vedlagte brosjyre om Individuell plan sammen med fagpersonen

Å lage en individuell plan handler om samhandling og samarbeid mellom bruker/pasient/pårørende og fagpersoner fra ulike instanser.

For å bli flinkere i dette samarbeidet, har vi startet et *samhandlingsprosjekt*. Deltagere i prosjektet er fagpersoner fra SiR psyk klinikk – avd B2 og B3 og Varatun psykiatriske senter, Sandnes kommune – seksjon psykiatri og medlemmer fra Mental Helse, Sandnes.

Gjennom samhandlingsprosjektet ønsker vi å finne fram til gode måter å samarbeide med bruker/pasient på for å lage individuelle planer.

Fagperson orienterer deg om samhandlingsprosjektet og du kan lese om det prosjektbeskrivelsen som er vedlagt dette info-skrivet

Du som mottar denne informasjon har rett på en individuell plan. Hvis du ønsker en individuell plan spør vi om du vil gi samtykke til at medlemmene i samhandlingsprosjektet deltar i arbeidet med å lage denne planen.

Gjennom et slikt samarbeid får du en individuell plan og vi får erfaring i å samarbeide om dette, som igjen kan komme andre brukere/pasienter til gode.

For å lage en best mulig Individuell plan for deg blir du bedt om å være med på:

- *Kartlegging* av hvilke behov for hjelp du har innen alle livsområder
Dette skjer i en samtale med - her skrives navnet inn - (medl. prosjektgruppa)
- *Planmøter (for eksempel ansvarsgruppemøte)* hvor du setter deg sammen med "dine" fagpersoner og lager en plan for nødvendige tiltak/tjenester og hvem som skal ha ansvar for de enkelte tilbud.
 - o I et slikt møte avklares også hvem som skal være koordinator, hvor lenge planen skal gjelde, når den skal evalueres og andre aktuelle avtaler.
 - o Deltagere i ansvarsgruppe (plangruppe) avtales nærmere med deg etter kartleggingssamtalen
- Under både kartleggingssamtale og i planmøter kan du gjerne ha med deg en person som du selv velger og føler deg trygg på.

Du blir også bedt om å gi samtykke at medlemmer samhandlingsprosjektet kan drøfte seg i mellom og gi råd / forslag til innholdet i / arbeidet med din individuelle plan.

For (instans)

N.N.
(instansleder)

For samhandlingsprosjektet

Steinar Trefjord
prosjektleder

14 Vedlegg 2

7 Oppdater evaluering av tiltak...

Navn: _____ Født: _____

Dato:

Neste evaluering:

Brukers evaluering av tiltaket

Gjennomføring: 1. Som planlagt 2. Endret form 3. Ikke iverksatt

Omfang: 1. Fornøyd 2. Både og 3. Misfornøyd

Innhold: 1. Fornøyd 2. Både og 3. Misfornøyd

Evaluering:

Faglig evaluering av tiltaket

Fagperson: ...

Gjennomføring: 1. Som planlagt 2. Endret form 3. Ikke iverksatt

Resultat: 1. Ingen/liten effekt 2. Moderat effekt 3. God effekt

Evaluering:

Konklusjon:

