

Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene

Nina Berven • Kari Ludvigsen • Dag Arne Christensen • Even Nilssen



Uni Rokkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, har en todelt publikasjonsserie.

Publikasjonsserien redigeres av et redaksjonsråd bestående av forskningsdirektør og forskningsledere.

I rapportserien publiseres ferdige vitenskapelige arbeider, for eksempel sluttrapporter fra forskningsprosjekter.

Manuskriptene er godkjent av redaksjonsrådet, normalt etter en fagfelle vurdering.

Det som utgis som notater er arbeidsnotater, foredrag og seminarinnlegg. Disse godkjennes av prosjektleder før publisering.

ISSN 1503-4844 (trykt)
ISSN 1892-8366 (elektronisk)

ISBN 978-82-8095-090-1
Uni Rokkansenteret
Nygårdsgaten 5
5015 Bergen
Tlf. 55 58 97 10
Fax 55 58 97 11
E-post: rokkansenteret@uni.no
<http://rokkan.uni.no/>

Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene

NINA BERVEN, KARI LUDVIGSEN, DAG
ARNE CHRISTENSEN OG EVEN NILSSEN

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

UNI RESEARCH, BERGEN

JUNI 2013

Rapport 2-2013

Innhold

Sammendrag.....	3
Summary	4
1. Innledning.....	5
Om denne undersøkelsen.....	5
Prosjektets problemstillinger.....	6
Metode og datainnsamling.....	7
Rapportens disposisjon.....	8
2. Regulering av ordningen med individuell plan.....	9
3. Landsomfattende tilsyn med bruken av individuell plan.....	11
Vurderinger av individuell plan i tilsyn med tjenester til voksne, inkludert mennesker med psykiske lidelser	12
Tilsvnsvurderinger av individuell plan i tjenester rettet mot utsatte barn og unge	14
Oppsummert.....	15
4. Kunnskapsoppsummering: Hva sier forskningen om IP som styringsredskap?.....	15
Forskningen om IP (altså en overskrift på nivå 2).....	16
Oppsummert.....	21
5. IP som styringsredskap: kommunale lederes erfaringer	22
Metode og datainnsamling.....	22
Forankring av arbeidet med IP i kommunene	24
Samarbeid om IP.....	28
IP og samarbeid mellom kommunale tjenester.....	29
Hvordan samarbeider kommunene med andre kommuner/bydeler om oppfølgingen av individuell plan?	32
Samarbeid med spesialisttjenester på statlig nivå	33
Nytt navn på gammel praksis?.....	33
IP og kommunal handlefrihet	34
Forpliktelsene knyttet til IP: For hvem, i hvilken grad og hvordan?	37
Kommunale tjenesters forpliktelse og oppfølging av arbeidet med IP.....	38
Kontraktstankgangen og brukerne av IP	38
Initiering og oppfølging av arbeidet med IP opp i kommunene	40
6. Individuell plan: Utfordringer for kommunal ledelse?	43
Oppsummering og konklusjon.....	43
Litteraturliste.....	47

Sammendrag

I denne rapporten har vi på oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet evaluert ordningen med Individuelle planer (IP) som et styrings- og koordineringsverktøy i norske kommuner. En individuell plan er en rettighet for mennesker med langvarige og sammensatte helse- og sosialbehov. Om lag 25 000 personer (rundt 0,5 % av befolkningen) har en slik plan. Planen skal skape klarhet for tjenestemottakeren, avklare ansvarsforhold og danne grunnlag for vedtak om tjenester fra det offentlige. Gjennom arbeidet med individuell plan ønsker man også å styrke brukermedvirkning, synliggjøre rettighetene og pliktene til den enkelte og tjenesteapparatet, samt å fremme langsiktighet og helhetstenkningen i tjenesteytingen.

En slik vektlegging av individuelle rettigheter og sammenheng i tjenestene virker inn på forholdet mellom styringsnivåene og kommunenes organisasjonsfrihet. Vi har undersøkt hvorvidt og hvordan lovpålegg om IP påvirker administrativ ledelse og samordning i kommunene, med vekt på områdene barnevern og psykisk helsetjeneste for voksne. Innenfor psykisk helse har IP vært regulert ved lov helt siden 2001, mens IP først kom inn på barnevernsfeltet i 2009. Til gjengjeld har barnevernstjenesten tung lovbasert forankring og klart definerte krav i forhold til samordning, koordinering og brukermedvirkning, mens kravene overfor psykisk helsetjeneste for voksne er langt mindre definerte. Ved å velge så ulike felt fikk vi frem variasjonsbredden i hvordan IP kan innvirke på organisering, koordinering og styring.

Metodisk har vi foretatt en tredelt undersøkelse: en dokumentanalyse av lovbestemmelser og statlige tilsynsrapporter, en kunnskapsoppsummering av foreliggende forskning om IP som styringsverktøy og en nettbasert spørreundersøkelse til rådmenn og enhetsledere i 100 tilfeldig utvalgte kommuner. Vi har dessuten dradd veksler på funn fra en tidligere utført survey. Samlet sett gir de ulike datakildene et godt oversiktsbilde over hvordan IP oppfattes som styringsverktøy i kommunene. Kort oppsummert viser undersøkelsen at IP som styringsverktøy er langt mer institusjonalisert innenfor psykisk helsevern for voksne enn innenfor barnevern. Videre finner vi at den administrative ledelsen i kommunene er lite involvert, og kun i en viss grad interessert i dette styringsverktøyet.

Summary

In this report, commissioned by the Ministry of Local Government and Regional Development, the system of Individual Plans (IP) is evaluated. An individual plan is a right for people with long term and complex health care needs. About 25 000 (about 0.5% of the population) have such a plan. The aim of an IP is to clarify responsibilities and provide a basis for decisions about services from the public.

Such an emphasis on individual rights and coherence of services affects the relationship between management levels and municipal freedom. We have investigated whether and how the legal requirements for IP affect administrative management and coordination at local level, with emphasis in the areas of child welfare and mental health services for adults. Within mental health has IP been regulated by law since 2001, while the IP first entered the child welfare field in 2009. Choosing such diverse fields allowed us to grasp variations concerning how IP can affect the organization, coordination and control.

Methodical, we conducted a three-part study. A document analysis of legislation and government audit reports, a knowledge summary of existing research on IP as an organizational tool and an online survey to councilors and unit managers in 100 randomly selected municipalities. Our analysis also builds upon findings from a previously conducted survey. Overall, the different data sources provide a broad overview on how IP is perceived as a tool for management and coordination in Norwegian municipalities.

In short, the study shows that IP is far more institutionalized within the field of mental health care for adults than within child welfare. Furthermore, we find that the administrative level in the municipalities is not really involved in this management tool, and only to some extent interested.

1. Innledning

Systemet med rett til individuell plan (IP) for den enkelte bruker er det siste tiåret etablert gjennom lovbestemmelser på stadig flere områder. Slike planer regulerer ulike sider ved relasjonen mellom brukere og velferdstjenestene, særlig på det kommunale nivået. Gjennom en rekke lover gis det rett til et skriftlig dokument som presiserer partenes rettigheter og plikter, og gir føringer i forhold til omfanget og gjennomføringen av aktuelle tiltak og tjenester.

Retten til individuell plan omfatter ulike brukergrupper, men er primært rettet mot personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov. Om lag 25. 000 personer (rundt 0,5 % av den norske befolkningen) har en slik plan. Planen skal skape klarhet for tjenestemottakeren, avklare ansvarsforhold og danne grunnlag for vedtak om tjenester fra det offentlige. Gjennom arbeidet med individuell plan ønsker man også å styrke brukermedvirkning, synliggjøre rettighetene og pliktene til den enkelte og tjenesteapparatet, samt å fremme langsiktighet og helhetstenkningen i tjenesteytingen.

Ofte er ansvaret for å utarbeide planen og koordinering av oppfølgingen lagt til kommunene. Som regel inneholder lovbestemmelsene også pålegg om samarbeid mellom ulike tjenesteytere, for at den enkelte skal kunne gis et helhetlig tilbud. På noen områder er det også lovregulert hvem som skal ha koordinerende myndighet og denne enhetens oppgaver.

Om denne undersøkelsen

Lovbestemmelser om individuell plan innebærer både en kontraktsliggjøring, en individualisering og en rettsliggjøring av forholdet mellom velferdsstaten og dens klienter (Nilssen 2011). En slik vektlegging av individuelle rettigheter og sammenheng i tjenestene virker inn på forholdet mellom styringsnivåene og kommunenes organisasjonsfrihet. Det er derfor relevant å undersøke hvordan kommunale ledere erfarer lovpålegg om IP som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester.

Dette er tema for et forskningsprosjekt som Uni Rokkansenteret i Bergen har gjennomført på vegne av Kommunal- og Regionaldepartementet (KRD). I denne rapporten presenterer vi sentrale funn fra denne undersøkelsen.

Forskningsleder dr. polit. Kari Ludvigsen har vært leder for prosjektet. Forsker II, dr. polit. Nina Berven har vært prosjektmedarbeider med særlig ansvar for kunnskapsoppsummering, utarbeiding av survey og analyse av tilsynsrapporter. Prosjektet er kvalitetssikret av forsker I, dr. polit. Even Nilssen, som sammen med forsker I, dr. philos. Dag Arne Christensen også har bidratt til analysen av det kvantitative surveymaterialet.

Det er samlet inn materiale i form av en kunnskapsoppsummering, gjennomgang av statlige tilsynsrapporter og en nettbasert surveyundersøkelse til ledere i utvalgte kommuner. I tillegg dras det veksler på materiale samlet inn gjennom tidligere prosjekter, særlig relevant er funn og materiale fra NFR-prosjektet «Rettens refleksive rom», som både Christensen og Nilssen deltok i. Prosjektet bygger også på bred kunnskap om styringsrelasjoner mellom stat og kommune, om velferdsstatspolitikk og om konkrete

virkemidler i iverksettingen av offentlige velferdstjenester som er opparbeidet ved Uni Rokkansenteret.

Prosjektets problemstillinger

Vårt oppdrag skulle vektlegge individuell plan som et samordningsverktøy og styringsvirkemiddel som staten har i forhold til kommuner og fylkeskommuner, og undersøker hvilke utfordringer kommunene erfarer med ordningen. En slik vinkling peker frem mot problemstillinger knyttet til styring og samspill mellom stat og kommune som reises i Stortingsmelding nr. 12 (St.meld. 2011–2012). Prosjektet belyser altså trekk ved individuell plan som i begrenset grad har vært studert i tidligere forskning på området.

Hovedspørsmålet skulle være hvorvidt og hvordan lovpålegg om IP påvirker administrativ ledelse og samordning i kommunene. Oppmerksomheten skulle derfor rettes mot de administrative ledernes erfaringer og synspunkter. Vi valgte i vår undersøkelse å vektlegge synspunktene til rådmenn og ledere for kommunale resultatenheter på to lovområder: barnevern og psykisk helsetjeneste for voksne. Slik åpnet vi for muligheten til å fange inn ulike erfaringer knyttet til ulike former for lovregulering av koordineringsansvaret i forbindelse med individuell plan.

Oppdragsgiver ønsket primært å få fram erfaringer tilknyttet planer relatert til personer med langvarige og koordinerte tjenester. Vi har også lagt mest vekt på dette i vår undersøkelse, men i surveyen har vi i tillegg inkludert spørsmål om koordinering mellom individuell plan og andre planer, som for eksempel individuell opplæringsplan, tiltaksplan og omsorgsplan etter barnevernloven.

Vår oppdragsgiver Kommunal- og Regionaldepartementet foreslo en rekke problemstillinger knyttet til erfaringene med individuell plan som det var ønskelig med mer kunnskap om. Vår undersøkelse har søkt å besvare spørsmål knyttet til følgende fire spørsmål som er tett sammenvevd men analytisk atskilt i rapporten:

1. Forankring og ansvarsdeling i kommunene mht. implementering av individuell plan
2. Samarbeid om individuell plan mellom tjenestefelt, tjenestenivå og kommuner
3. Individuell plan og kommunal handlefrihet
4. IP som forpliktende virkemiddel overfor brukerne

Første trinn i undersøkelsen var å studere i hvilken grad administrative erfaringer og styringsutfordringer har vært gjenstand for forskning og offentlige tilsyn. For det andre ønsket vi å oppsummere hovedfunn i slike studier og tilsyn relatert til de overordnede problemstillingene her. I undersøkelsens neste trinn utformet vi en surveyundersøkelse der vi blant annet på bakgrunn av funn fra første steg i studien spurte om følgende:

1. Hvordan er implementeringen av individuell plan forankret i kommunene, og hvordan er ansvaret organisert?
 - hvordan er kommunale lederes kjennskap til bestemmelsene om IP?
 - i hvilken grad er kommunale ledere involvert i arbeidet med IP?
 - finnes det personer med overordnet ansvar for IP i kommunene, og hvem regnes som viktige aktører i arbeidet med IP?
2. I hvilken grad mener kommunale ledere at bruken av IP fremmer samarbeid mellom ulike nivå og deler av tjenesteapparatet?

- hvordan mener kommunale ledere at IP innvirker på overordnet tjenesteorganisering?
 - i hvilken grad fremmer bruk av IP samarbeid mellom ulike deler av kommunens tjenesteapparat?
 - fører IP til bedre koordinering på tvers av tjenestenivå?
 - koordineres arbeidet med ulike planverktøy i kommunene?
 - i hvilken grad opplever lederne at IP virker inn på interkommunalt samarbeid?
 - i hvilken grad representerer IP et nytt navn på etablert praksis?
3. I hvilken grad virker IP inn på kommunal handlefrihet?
 4. I hvilken grad opplever rådmenn, enhetsledere og ansatte at IP bidrar til å redusere handlefrihet mht. tjenesteorganisering og koordinering?
 5. I hvilken grad opplever enhetsledere at kommunens administrative ledelse legger føringer på arbeidet med IP?
 6. Hvordan bidrar ordningen med IP til å forplikte de involverte?
 - på hvilken måte fungerer ordningen forpliktende?
 - hvilken form for kontrakt representerer IP for kommunale ledere?

Metode og datainnsamling

Prosjektet er gjennomført ved kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder. Dette sikrer en tilfredsstillende balanse mellom bredde og dybde, hvilket betyr at vi på bakgrunn av en generell oversikt over bruken og opplevelsene av individuell plan i norske kommuner har kunnet gå mer i dybden på de sentrale problemstillingene.

Vi har gjennomført en tredelt undersøkelse, med vekt på å utnytte eksisterende forskning og datamateriale, og i tillegg har vi samlet inn nytt materiale som er nødvendig for å utdype og dekke de aktuelle problemstillingene.

For det første har vi utarbeidet en kunnskapsoppsummering som systematisk kartlegger foreliggende forskning når det gjelder bruk av individuell plan som et kommunalt styringsverktøy. For det andre har vi analysert surveydata og tilsynsrapporter som er samlet inn i forbindelse med tidligere studier. For det tredje har vi gjennomført en web-survey til utvalgte ledere for to tjenestefelt i 100 kommuner for å utdype deres erfaringer og synspunkter på å administrere individuell plan.

Den innledende kartleggingen bidrar til å samle opp og systematisere den kunnskapen som allerede foreligger fra tidligere forskning på feltet. Det å sette enkeltarbeider inn i en større sammenheng og se dem i forhold til hverandre, gjør at vi ser koblinger, sammenhenger og tematikker som vi ellers ikke ville ha sett og som i neste omgang kan integreres i prosjektets web-baserte ledersurvey.

For å skaffe oss oversikt over mulige styringsutfordringer knyttet til Individuell plan på de utvalgte områdene har vi hatt nytte av en gjennomgang av statlige tilsynsrapporter om IP gjennomført i forbindelse med NFR-prosjektet «Rettens refleksive rom» (Christensen 2010). Vi utvidet dette materialet ved å gå gjennom veiledere og oppsummeringer for statlige tilsyn på de to områdene vi har valgt å se nærmere på.

For å svare på hvordan det arbeides med individuell plan i kommunen har vi også hatt nytte av den foreliggende spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant ca. 190 ansatte i

kommunale helse- og sosialtjenester i 20 norske kommuner i 2008 (Nilsen 2011). Spørreundersøkelsen fanget opp en rekke av de problemstillingene KRD etterspør knyttet til kommunenes handlefrihet i utformingen av velferdstjenestene, og om forankringen av rett til individuell plan i kommunene. Videre inneholdt undersøkelsen spørsmål om samarbeid om individuell plan mellom kommuner og individuell plans innvirkning på samordning mellom ulike tjenesteområder i egen kommune. Funn fra denne undersøkelsen kunne også bidra til å belyse trekk ved koordinatorrollen, deltakelsen i ansvarsgruppemøter og syn på brukernes rolle i arbeidet med IP.

En stor del av spørsmålene fra 2008-undersøkelsen ble gjentatt i vår web-baserte survey, slik at vi har hatt muligheten til å sammenlikne funn fra de to utvalgene.

Empirisk har vi valgt å gå i dybden på to områder av kommunal tjenesteyting. Vi så det som nyttig å se nærmere på hvordan de utvalgte kommunene erfarer ansvars plassering, prosedyrer og samarbeid innenfor tjenester der det i ulik grad er definert ansvar for koordinering av IP fra statlig hold. Vi valgte for det første å gjøre et dypdykk i forhold til bruk av IP i *barnevernstjenesten*. Dette er et område med tung lovbasert forankring og klart definerte krav i forhold til samordning, koordinering og brukermedvirkning. Barnevernsloven pålegger den kommunale barneverntjenesten å utarbeide individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak og tjenester. Vi så det som gunstig å kontrastere dette til et felt med mindre definerte krav i forhold til individuell plan, for på den måte å få frem variasjonsbredden i organisering, koordinering og styring innad og mellom norske kommuner. Vi valgte derfor å se nærmere på bruk av individuell plan i tilknytning til psykisk helsetjeneste for voksne. Den web-baserte surveyen ble sendt ut til overordnede administrative ledere så vel som ledere for resultatenheter som er involvert i utarbeiding og koordinering av individuell plan på de utvalgte områdene.

Rapportens disposisjon

Rapporten består av 6 kapitler, inkludert denne innledningen. Her har vi introdusert oppdraget, presentert de aktuelle problemstillingene, samt forklart hvordan vi metodisk går frem. I kapittel 2 går vi gjennom lovverket som ligger til grunn for bruken av individuelle planer, og vi ser at lovgrunnlaget er utvidet flere ganger siden individuell plan først kom inn i regelverket for helsetjenesten i 2001. I tillegg er ordningen blitt utvidet til å gjelde stadig flere brukergrupper. Parallelt med utvidelsen og styrkingen av IP i lovgivningen har Helsetilsynet foretatt flere landsomfattende tilsyn av hvordan kommunene tar i bruk dette virkemiddelet. I kapittel 3 gjennomgår vi slike tilsynsrapporter innenfor feltene tjenester til voksne, inkludert mennesker med psykiske lidelser, og tjenester rettet mot utsatte barn og unge. Kapittel 4 beveger seg bort fra ordningen som sådan, og gir i stedet en oppsummering av forskningen på individuell plan. En oppdatert oversikt over forskningen på IP er også nyttig som en bakgrunn for analyser av eget materiale, og da særlig vår web-baserte spørreundersøkelse som er tema for kapittel 5. Her presenterer vi funn og analyser av hvordan kommunale ledere oppfatter ulike sider ved individuell plan som styringsverktøy, mens kapittel 6 består av en oppsummerende konklusjon.

2. Regulering av ordningen med individuell plan

Tjenestemottakerens rett til å få utarbeidet individuell plan, og tjenesteyternes plikt til å utarbeide denne kom inn i regelverket for helse- og sosialtjenestene fra årtusenskiftet. Rett til individuell plan medfører ikke rettskrav om bestemte tjenester, men skal sikre koordinering av tjenester for den enkelte. Plankravene kan være rettet mot tjenester fra en enkelt kommune eller tjenester fra ulike forvaltningsnivå og tjenestefelt. Etableringen av IP kan samtidig sees som en styrking av rettigheter som skal avklare ansvarsforhold og danne grunnlag for vedtak om ytelser eller tjenester fra det offentlige.

På de fleste lovområder rettes bestemmelsene om individuell plan mot personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Andre planer er knyttet til forvaltningsvedtak eller situasjonsbestemte forhold. Planer etter opplæringsloven, opplæringsplaner tilknyttet spesialundervisning, samt opplysninger fra omsorgsplan og tiltaksplan etter barnevernsloven kan inngå som delplan til en individuell plan, og utarbeides på grunnlag av annet lovverk dersom barnet har behov for langvarig og koordinert oppfølging. Denne evalueringen er primært konsentrert om erfaringer med individuell plan knyttet til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, men vil berøre muligheter og utfordringer knyttet til koordinering av individuell plan og andre planer, som de nevnte.

I 1999 ba Stortinget Sosial- og helsedepartementet om å utarbeide lover og retningslinjer om individuell plan for å styrke samordningen av tjenester til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Ordningen med individuell plan har gradvis blitt utvidet til å omfatte flere grupper av tjenestemottakere og lovgrunnlaget er utvidet flere ganger siden individuell plan først kom inn i det nye regelverket for helsetjenestene i 2001.

Retten til individuell plan ble hjemlet i lovgivningen for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Lov om helsetjenesten i kommunene fikk bestemmelser om dette gjennom endringer som trådte i kraft i 2001. Retten ble også innlemmet i Lov om spesialisthelsetjenesters § 2-5, som sier at helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Lov om psykisk helsevern av 1999 fikk også bestemmelser om rett til individuell plan i 2001. I lovens § 4-1. heter det at institusjoner etter loven skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Dersom en person har behov for tilbud både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Videre skal institusjonen så snart som mulig varsle kommunen når den ser at det er behov for en individuell plan som også omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan. På samme tid ble retten til individuell plan en tydelig pasientrettighet i pasientrettighetsloven (Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)). § 2-5 uttrykker at:

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og

omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Lov om helsepersonell fikk også bestemmelser om plikten til å delta i arbeid med individuell plan (§ 4). Lovens § 38 pålegger videre helsepersonell snarest mulig å gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator til koordinerende enhet, i tråd med helsetjenestelovgivningen.

Fra 2004 ble retten til individuell plan også forankret i lov om sosialtjenestene (§ 4-3a). Sosialtjenesten i kommunen ble der pålagt å samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. I 2006 ble NAV-loven vedtatt (Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen). I § 15 om samarbeid med brukeren og individuell plan heter det at:

Enhver som henvender seg til kontoret, har rett til informasjon om arbeids- og velferdsforvaltningens tjenester og ytelser. Kontoret skal tidligst mulig avklare brukerens helhetlige behov. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren. Kontoret skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder.

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen 2009, § 28 ga også rett til individuell plan for den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og understreket at planen skal utformes i samarbeid med tjenestemottakeren.

I 2009 ble bestemmelser om individuell plan del av den reviderte Barnevernsloven. (§ 3-2a. Plikt til å utarbeide individuell plan). Her sies det at barneverntjenesten skal utarbeide en individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet, og det foreligger samtykke. Barneverntjenesten skal samarbeide om planen med andre instanser barnet mottar tiltak fra. I tillegg inneholder opplæringsloven bestemmelser om individrettete planer.

I forbindelse med samhandlingsreformen er det gjort endringer i helselovgivningen. Bestemmelser om rett til individuell plan ble innlemmet i den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2011, som blant annet tydeliggjør plikten til å oppnevne koordinator. I tillegg er hovedansvaret lagt til kommunen når det er behov for tjenester fra begge nivåer. Det er også gjort en kobling til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering ved at denne er gitt et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, utarbeidelse av prosedyrer med mer. I følge lovens kapittel 7 om Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet skal kommunen utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

I tillegg til bestemmelsene relatert til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester er det gitt bestemmelser om individuell plan for deltakere på kvalifiseringsprogram (Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen). Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven) av 2003 fikk også bestemmelser om rett til individuell plan som forutsetter at planen skal utformes i samråd med deltakeren.

Retten til individuell plan gis således gjennom en rekke ulike lovverk. Den er ikke begrunnet i personers diagnoser, skader eller bestemte funksjonsnedsettelser, men i behovet for langvarige og koordinerte tjenester. Slik kan IP ses som en måte å regulere forholdet mellom velferdsstatens tjenester og brukere på, og bidrar til å angi at partene har gjensidige rettigheter og plikter som skal avklares og formaliseres. (Nilssen og Kildal 2009; Nilssen 2011: 92; Thommesen mfl. 2006).

Lovbestemmelsene definerer i ulik grad ansvaret for koordinering av individuell plan. Barnevernsloven inneholder klart definerte krav i forhold til samordning, koordinering og brukermedvirkning. I dag har vi et prinsipielt skille mellom de lovbestemmelsene som er knyttet til forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, og de lovbestemmelsene som ikke har denne tilknytningen.

Sentrale myndigheter har søkt å styrke iverksetting av ordningen med individuell plan gjennom ulike tiltak. Helsedirektoratet arrangerte i 2008 seks regionale konferanser om individuell plan, som samlet deltakere fra alle deler av det offentlige tjenesteapparatet i tillegg til pasienter og brukere. Helsedirektoratet utga også i 2008 et tipshefte om bruk av individuell plan, jf. (IS-1544 Gjør det så enkelt som mulig). Her ble det gitt eksempler på hvordan utvikling av individuell plan kan medvirke til økt mestring av livet og gi nødvendig bistand fra ulike deler av tjenesteapparatet. I 2010 utarbeidet Helsedirektoratet en veileder til forskrift om individuell plan (Helsedirektoratet 1/2010: INDIVIDUELL PLAN 2010 – Veileder til forskrift om individuell plan). Her ble det også gitt råd om forankring, lederansvar, koordinering og kvalitetssystemer.

3. Landsomfattende tilsyn med bruken av individuell plan

Parallelt med at rett til individuell plan har blitt styrket i lovgivningen for helse- og sosialtjenestene, har bruken av dette virkemidlet vært gjenstand for landsomfattende tilsyn fra 2002 og framover. I veiledere og oppsummerende rapporter fra helsetilsynet ses dette i sammenheng med behovet for koordinering og samordning av tjenester til mennesker med langvarige og sammensatte behov. Tilsynene med tjenester i kommunene avdekket mangler i forhold til samarbeid mellom tjenestenivå og enheter, og at IP ikke var tatt i bruk eller mangelfullt fulgt mange steder. I en rapport fra 2008 påpekte helsetilsynet at individuell plan er undersøkt i en rekke landsomfattende og lokalt initierte tilsyn gjennom flere år, uten at situasjonen er dramatisk bedret (Helsetilsynet rapport 2008: 38–39).

Som del av grunnlaget for å beskrive utfordringer knyttet til individuell plan som kommunalt styringsvirkemiddel har vi gjennomgått rapporter fra landsomfattende tilsyn med kommunale tjenester for relevante grupper, i perioden fra 2004 til 2012. I tråd med

den overordnede innretningen på evalueringen, der vi vektlegger erfaringer med IP knyttet til barnevern og voksne med psykiske lidelser, har vi sett nærmere på følgende landsomfattende tilsyn: Tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer med langvarige og sammensatte behov (Helsetilsynet 2006), Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser (2008), samt Landsomfattende tilsyn med tjenester til utsatte barn og unge (Helsetilsynet 2009), og Landsomfattende tilsyn med kommunalt barnevern (Helsetilsynet 2012). Vi har gjennomgått veilederne for utvalgte tilsyn og oppsummerende tilsynsrapporter. I tillegg har vi systematisk gått igjennom rapporter fra fylkene til helsetilsynet med tanke på avvik og merknader knyttet til bruk av IP.

Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer (2002) og landsomfattende tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer (2003) viste at verken barn eller voksne med psykiske problemer fikk tilbud om individuell plan (Helsetilsynet 2005, veileder). En av tilsynets rapporter antydte at det var avdekket en motvilje i spesialisthelsetjenesten mot IP, mens kommunene var velvillige men uten gjennomføringsevne (Helsetilsynet 2008).

Vurderinger av individuell plan i tilsyn med tjenester til voksne, inkludert mennesker med psykiske lidelser

I 2005 gjennomførte helsetilsynet tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer med langvarige og sammensatte behov, dette omfattet også mennesker med psykiske problemer. Målet med tilsynet var å finne ut om og i tilfelle hvordan kommunen etterlevde myndighetskrav i ulike faser av tjenesteutøvelsen overfor voksne som bodde utenfor institusjon. Myndighetskravene skulle belyses i fire perspektiv: brukermedvirkning, koordinering, individualisering og forsvarlig tjenesteyting (Helsetilsynet 2005:10; Helsetilsynet 2006). Forskriften om individuell plan skulle være en bærebjelke i dette tilsynet, nettopp fordi den er utformet for å ivareta de særlige utfordringer tjenestemottakere med langvarige og sammensatte tjenestebehov har i møte med kommunen og andre tjenesteytere. Forskriften skulle bidra til å ivareta rettigheter og samarbeid og koordinering, og dokumentet individuell plan ble sett som et hjelpemiddel for å sikre at prosessene blir etablert og fulgt opp. Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser ble gjennomført i 2007 (Helsetilsynet 2007: Veileder for Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser; Helsetilsynet 3/2008). Dette tilsynet skulle rette oppmerksomhet mot kommunale helse- og sosiale tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser. Ved avgrensningen av tilsynet skulle man vektlegge tema som samhandling knyttet til oppfølging etter utskrivning, boligsituasjonen og tjenestetilbudet til brukerne. Også dette tilsynet vektla forskriften om individuell plan.

Det er verdt å merke seg at man i disse tilsynene skulle ta utgangspunkt i kunnskap om at mange kommuner hadde kommet kort i å utforme dokumentene individuelle planer, men at man likevel kunne legge til rette for å få til helhetlige løsninger i samarbeid med tjenestemottakeren. Det var derfor viktig at ikke tilsynet ble begrenset til å avklare om

plandokumentene eksisterte. Selv om arbeidet med selve dokumentet hadde kommet kort eller kommunen ikke hadde satt merkelappen "individuell plan" på sine arbeidsmåter, kunne man ha kommet langt i å arbeide helhetlig og koordinert i samarbeid med tjenestemottakeren og ha forskjellige former for dokumentasjon som understøtter prosessene. Det var viktig å undersøke dette såpass grundig at man kunne gi et nyansert bilde av hvordan kommunene arbeidet. Dersom kommunen ikke hadde individuelle planer, måtte det derfor undersøkes om kommunen likevel ivaretok funksjoner som beskrevet i § 7 i forskriften om individuell plan. Her var det altså ikke tilstedeværelsen av individuell plan i seg selv, men tjenestekoordineringen som ble vektlagt. Eventuelle avvik med hjemmel i forskriften om individuell plan burde derfor understøttes av observasjoner om mangler ved måten kommunen sikrer et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud i samarbeid med tjenestemottaker (Helsetilsynet 2005:13). Tilsynene skulle undersøke om plandokumentene eksisterte, men fokus skulle også rettes mot de prosesser som bidrar til å gi et helhetlig, samordnet og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dokumentet IP var et hjelpemiddel for å sikre at prosessene blir etablert og fulgt opp (Helsetilsynet 2007:9).

Når det gjelder samarbeidet om tjenester til voksne med psykiske lidelser påpeker rapporten fra 2008 at disse tjenestene har en komplisert organisering, med mange ulike enheter og instanser og ulike yrkesgrupper som skal samordne tenkning og tiltak. Rapporten meldte om mangelfullt samarbeid og samhandling både mellom ulike kommunale deltjenester og sektorer, mellom enhetene innen psykisk helsevern, mellom psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste og mellom forvaltningsnivåene. I flere kommuner var det konstatert at tjenestene til voksne med sammensatte behov ikke var forsvarlige, blant annet fordi de ikke var samordnet i tilstrekkelig grad til å sikre helhetlige behovsvurderinger og sammenhengende tjenester. Dette kunne blant annet skyldes uavklarte myndighets- og ansvarsforhold. Individuell plan er et tema som er undersøkt i mange av tilsynene rapporten omfattet, og et gjennomgående funn var at arbeidet med individuell plan ikke er godt nok ivaretatt. Dette gjaldt mange av kommunene, men ikke minst i psykisk helsevern både for voksne og barn og unge. Svært mange av pasientene hadde et sammensatt tjenestetilbud med behov for at helheten ble ivaretatt gjennom samhandling mellom de ulike tjenesteyterne, men uten at individuell plan var tatt i bruk etter intensjonen. (Helsetilsynet 3/2008:32)

Rapportens anbefalinger understreket også dette. Det ble avdekket at samhandlingen innen og mellom nivåene i sosial- og helsetjenestene var mangelfull og lite smidig, noe som kunne få alvorlige konsekvenser for tjenestemottakerne (ibid. s. 26). Når det gjaldt individuell plan viste rapporten til både erfaringer fra tilsyn og evalueringsstudier der det kom fram at individuell plan mange steder og for mange pasienter ikke var tatt i bruk som det samarbeids- og planleggingsverktøyet det er ment å være. Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer gikk gjennom 202 journaler, og fant at mindre enn tre prosent av pasientene hadde en IP. Andre studier viste mindre pessimistiske tall, men fikk fram ulikheter i hvor langt kommuner og helseforetak hadde kommet med hensyn til utarbeiding av IP (ibid. S. 26–27). Helsetilsynet understreket imidlertid her at det ikke nødvendigvis er tilstedeværelsen av selve planen som er avgjørende, men at de funksjoner og prosesser som individuell plan legger opp til er ivaretatt.

Tilsynsvurderinger av individuell plan i tjenester rettet mot utsatte barn og unge

Vi har også gjennomgått tilsyn av tjenester rettet mot grupper av barn og unge. I 2009 ble det gjennomført tilsyn med tjenester rettet mot utsatte barn og unge. Rapporten understreket behovet for bedre samarbeid omkring tjenester til denne gruppen (Helsetilsynet 2009). Her ble det påpekt manglende bruk av individuell plan. Imidlertid ble dette tilsynet gjennomført innen barnevernsloven ble endret slik at bestemmelser om individuell plan ble inkludert.

I 2011–12 ble det gjennomført tilsyn med kommunalt barnevern (Helsetilsynet 2012). Dette tilsynet var særlig rettet mot kommunenes styring av barnevernstjenestene. Spørsmålet om individuell plan spilte en underordnet rolle, fordi fokuset her var på barnevernstjenestens håndtering av saker, og ikke på samarbeid og koordinering av tjenester for barn med sammensatte behov.

I 2011 gjennomførte fylkesmennene et landsomfattende tilsyn med kommunalt barnevern, og Helsetilsynet utarbeidet en rapport basert på tilsynsrapporter fra 44 kommuner. Tilsynet fortsatte i 2012. Fylkesmennene valgte selv hvilke kommuner det skulle gjennomføres tilsyn med. Valget var basert på kunnskap om i hvilke kommuner det kunne være svikt, eller fare for svikt. Dette innebar at utvalget av kommuner ikke var representativt for landets kommuner (Helsetilsynet 2012:5). Fylkesmennene påpekte lovbrudd, eller forbedringsområder i arbeidet med tilsynets temaer i 40 av 44 kommuner. Manglende eller mangelfull planlegging, gjennomføring og oppfølging av undersøkelser ble påpekt i en rekke kommuner.

Tilsynet vektla særlig to forhold: Mangler ved barns medvirkning var et gjennomgående trekk i de tilsynsrapportene som hadde observasjoner om dette. Det andre sentrale forholdet gjaldt mangelfull styring og ledelse. Tilsynet viste at flertallet av kommunene i utvalget ikke hadde et styringssystem som sikret at tilsynets tema ble ivaretatt i tråd med kravene i barnevernsloven. Kommunen har ansvar for å etablere et styringssystem som skal sikre at den kommunale barneverntjenesten utfører sitt arbeid i tråd med regelverket. Styringssystemet må som et minimum inneholde de styringselementer som framkommer i forskrift om internkontroll etter barnevernsloven. Tilsynet viste at mange kommuner hadde mangler i flere av styringselementene. Organisasjonsstruktur og rapporteringslinjer var til dels uklare og kommunens ledelse fulgte i liten grad opp sine barneverntjenester gjennom overordnet planlegging og kontroll. Det var et gjennomgående funn at kommunene med regelbrudd eller forbedringsområder hadde mangelfulle eller manglende rutiner for arbeidet med undersøkelsessaker, evaluering av hjelpetiltak og barns medvirkning. Der det forelå rutiner var rutinene ofte ikke kjent av de ansatte, eller rutinene ble ikke fulgt. I rapporten påpekte tilsynet at dokumentasjonen om hva som var gjort, hvilke vurderinger som var foretatt og informasjon om barns medvirkning var mangelfull i mange saksmapper, noe som kan medføre svekket rettssikkerhet for barn og foreldre (Helsetilsynet 2012:6).

Oppsummert

En rekke tilsyn fokuserte fra 2002 på anvendelsen av individuell plan som ett av flere kriterier for å vurdere samhandlingen mellom tjenestenivå for mennesker med psykiske lidelser. Erfaringer fra tilsyn og evalueringsstudier viste at individuell plan mange steder og for mange pasienter ikke var tatt i bruk som det samarbeids- og planleggingsverktøyet det er ment å være. Videre viste tilsynene at det var ulikheter i hvor langt kommuner og helseforetak hadde kommet i utarbeidingen av IP. Tilsyn med psykisk helsetjeneste midt på 2000-tallet vektla utbredelsen og bruken av IP. Det ble påpekt mangler i forhold til voksne, men særlig var det lite utbredt å benytte ordningen overfor barn. IP var i mindre grad tema for tilsyn med barnevernstjenestene. IP i barnevernet er en ny ordning, og tilsyn på dette området har vektlagt samordning av tjenestene mer allment. Av veiledere, rapporter og oppsummeringer ser vi at tilsynsmyndighetene vektla at det ikke nødvendigvis er tilstedeværelsen av selve planen som er avgjørende, men at de funksjoner og prosesser som individuell plan legger opp til er ivaretatt.

4. Kunnskapsoppsummering: Hva sier forskningen om IP som styringsredskap?

Innledning og metodiske vurderinger

Individuell plan (IP) er en rettighet for mennesker med langvarige og sammensatte behov for helse- og /eller sosiale tjenester. En IP skal inneholde en oversikt over brukerens mål, ressurser og tjenestebehov, og følges opp av koordinator. Koordinatoren skal se til at planen iverksettes og fungerer, og ikke minst sørge for at ulike instanser og fagpersoner samarbeider til det beste for brukeren. Det kan for eksempel dreie seg om fastlege, psykolog, fysioterapeut, sosionom, hjelpemiddelsentralen og brukeren selv. Det er ingen fasit på hvordan en IP skal utformes, men den skal avklare hvilke typer tjenester og hjelp en bruker har behov for, hvem som skal utføre disse, når og hvordan (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring 2007).

Det er nettopp IP som et *styrings- og koordineringsverktøy* som er utgangspunktet for denne kunnskapsoppsummeringen. Vi fokuserer altså på det organisatoriske og administrative nivået, ikke på brukererfaringer og helse. Formålet er å gi en oversikt over hvilken forskning som foreligger på feltet, og å oppsummere og sammensette denne. Retten til IP ble hjemlet i helselovgivningen i 2001, så tidsmessig er det litteratur fra da av og fremover som tas opp. Metodisk har vi søkt opp litteratur via «snøballmetoden» og webbaserte (litteratur) søk via Google, Google Scholar og BIBSYS. Den første metoden går ut på å ta utgangspunkt i referanselisten til ulike artikler og bøker på feltet, og på den måten finne annen relevant litteratur, som vi i neste omgang kan søke videre fra osv. De webbaserte søkene foregikk ved at vi tastet inn begrepene «individuell plan» og «koordinerte tjenester».

Tabell 1: Søkeord, kilder og antall treff

Søkeord	«Individuell plan»	«Langvarige og koordinerte tjenester»
Google	80 200 treff	22 400 treff
Google Scholar	78 500 treff	667 treff
BIBSYS	246 treff	0 treff

Som tabell 1 viser var antall treff svært høyt, særlig når vi søkte på individuell plan innenfor søkedatabasen Google og kunnskapsdatabasen Google Scholar. Det viste seg dessuten fort at mange av treffene ikke var relevante for vårt oppdrag, enten fordi «individuell plan» kun fungerte som et ord i en større tekst som handlet om noe helt annet, eller fordi treffet var for «spesifikt» – det kunne for eksempel dreie seg om et plandokument innenfor en kommune. Videre gikk mange av treffene på konkrete brukererfaringer og helseinstitusjoner, og faller dermed utenfor rammene for rapporten Likevel fikk vi et overblikk over hva som fantes på feltet: Det meste av forskningen er orientert om brukererfaringer og / eller koordinatorene (yrkesprofesjoners) erfaringer rundt samarbeid – og er altså mer rettet inn mot praksis- og pårørendefeltet enn mot IP som et styrings- og koordineringsverktøy. Samtidig er det vanskelig å sette et klart skille mellom «hva som er hva». Denne oppsummeringen er derfor organisert slik at vi går i dybden på en del arbeider som umiddelbart fremstår som sentrale, og supplerer med kortere innslag fra andre arbeider som enten utfyller eller modifierer innholdet i disse.

Forskningen om IP (altså en overskrift på nivå 2)

Hansen (2007) har gjort en av de mer omfattende analysene av IP som styringsverktøy. I sin doktorgradsavhandling *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* undersøker han hvordan målene med individuelle planer blir ivaretatt i kommunalt psykisk helsearbeid. Basert på intervjuer med ansatte og observasjoner av ansvarsgruppemøter (når IP utarbeides), er konklusjonen at måloppnåelsen med individuelle planer bør styrkes. (2007:4). IP gir i beste fall begrenset brukermedvirkning, selv om tjenesteyterne i prinsippet er positive. Dette skyldes både forhold ved yterne, brukerne og forhold som ligger utenfor selve IP:

I praksis synes forhold som forståelse for rehabiliteringsideologien, kommunens organisering, profesjonelle grenser, holdninger og samarbeidskompetanse til å sette rammer for samarbeidet. Den individuelle planen medvirker likevel til at de ulike tjenestene tilpasser seg hverandre. Det er dessuten åpenbart at koordinatorene tar et særlig ansvar for at tilbudet til tjenestemottakerne blir helhetlig og samordnet. Den individuelle planen synes klart å være en medvirkende årsak til at de aktuelle tjenesteyterne tar et slikt ansvar for helhet og samordning (s. 4).

Han viser hvordan bruken av IP som et styringsverktøy basert på en rasjonell–instrumentell NPM-logikk kan være spesielt vanskelig innenfor en sektor med ulike faglige tilnærminger og brukere som ofte har sammensatte, diffuse og vekslende behov. Når nye

organisasjonsoppskrifter skal tas i bruk i en etablert organisasjon, får de gjerne en utforming som er tilpasset den kompetansen og erfaringen som ligger der fra før av. Altså, at det lett blir et nytt navn på etablert praksis. Det er med andre ord, i følge Hansen, «... en tendens til å overdrive troen på at vi kommer frem til gode løsninger gjennom rasjonelle beslutningsprosesser» (2007:212). Det bør være rom for mer fleksibilitet når det gjelder problem- og løsningsdefinisjoner. Både styrking av tjenestemottakere og bevisstgjøring og endring av arbeidsformer blant tjenesteytere er viktige strategier i så henseende, i tillegg til et mer aktivt samarbeid mellom myndigheter, tjenesteytere, tjenestemottakere og forskere.

Den, så vidt oss bekjent, nyeste forskningen som er gjort innenfor IP, konkluderer i stor grad i tråd med Hansen. Selv om dette arbeidet i en viss grad faller utenfor rapportens fokus – IP som et styringsverktøy. I avhandlingen *Brukermedvirkning i arbeidet med individuell plan, Anerkjennelse og krenkelse* viser Humerfelt (2012) at individuell plan ikke førte til koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassede tjenester, iallfall ikke innenfor hennes utvalg som besto av brukere med omfattende og langvarige rusmiddelproblemer og helse- og sosialarbeidere som arbeidet med disse brukerne. Dette skyldtes blant regelorientert tilnærming, sviktende oppfølging og manglende interesse for brukermedvirkning. Likevel kunne brukerne oppfatte IP som nyttig, men da som en livsplan som ga oversikt over mål og tiltak.¹

Også Holum (2010) evaluerer individuell plan som et verktøy for brukermedvirkning hos unge voksne med omfattende psykiske vansker. Datamaterialet består av 89 dybdeintervjuer av ledere innenfor psykisk helsevern, representanter for brukerorganisasjoner, brukere og koordinatorene, med fokus på kunnskap og erfaringer rundt IP. Selv om Holum i denne artikkelen ikke er eksplisitt opptatt av IP som et styrings- og koordineringsverktøy, viser hun til at organisatoriske forhold uansett er svært viktige:

Hovedstudien viser at det i noen saker er så høy grad av kompleksitet, med uavklarte tilstander og tiltaksbehov, at IP i praksis er ikke-eksisterende. Ingen vil påta seg koordinatorrollen, og det er krevende å avklare hvilke instanser som skal ha ansvar for hva. I disse sakene synes det vanskelig å snakke om brukermedvirkning, da utfordringene ligger utenfor brukerens påvirkningsmulighet. Andre ganger kjenner ikke brukerne til om de har noen IP, eller de mener at de ikke har deltatt i planprosessen selv. (s. 327)

I en senere studie er Holum (2012) opptatt av selve implementeringen av IP innenfor psykisk helsevern, nærmere bestemt hvilke faktor som fremmer og hemmer dette. På bakgrunn av dybdeintervjuer med 22 ledere på ulike nivå innenfor denne sektoren skiller hun mellom organisatoriske, prosessuelle og individuelle faktorer: «IP consists of an interaction of organisational elements, the adaptation process with its practical implementation strategies as well as the involved individuals with their preferences and perceived need of an IP (or not) in their daily work» (2012:9).

Det er særlig de organisatoriske faktorene som blir viktige i vår sammenheng. Her trekker Holum frem følgende:

¹ Omtalen er basert på informasjon fra nettsidene til NTNU. Per januar 2013 fant vi ingen muligheter til å få tak i avhandlingen i elektronisk format, og den var heller ikke tilgjengelig via BIBSYS. Humerfelt selv hadde kun et eksemplar av avhandlingen og ville (naturlig nok) ikke låne ut dette (e-post utveksling, 18.1. 2013).

- For mye administrasjon og byråkrati.
- Pasientene mangler ressurser, makt og rettigheter
- Manglende tid /IP sees som ekstra- og tidkrevende arbeid.
- Uklare ansvarsforhold

Avslutningsvis i artikkelen hevder Holum at det er viktig med videre forskning på de organisatoriske faktorene og utfordringene knyttet til implementeringen av IP. I så måte kan vårt prosjekt sees som et svar på denne oppfordringen; riktignok går vi ikke i dybden på samme måte som Holum, men vi får et relativt bredt innblikk i IP som verktøy i et stort antall kommuner og innenfor både psykisk helsevern og barnevern. Med andre ord vi får frem variasjonsbredden.

Dette at det trengs mer forskning rundt IP i seg selv, og særlig hvorfor det ikke virker slik «det skal» i følge nasjonale policydokumenter,² ser ut til å være en gjennomgående konklusjon i de fleste arbeidene vi har gjennomgått. I en litteraturoversikt utarbeidet på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, hevder Grut (2008) at det finnes noe dokumentasjon av konkrete erfaringer med individuell plan, mens det meste av litteraturen beskriver *utbredelsen* av bruken av individuell plan. Vi har tilsvarende inntrykk, men vil samtidig vise til at det finnes en del litteratur som både er opptatt av (den lave) utbredelsen av IP og samtidig trekker frem organisatoriske forhold på kommunenivået som en av flere forklaringsfaktorer. Dessuten finnes det en del arbeid der IP tas opp som et av flere styringsverktøy, men uten at det overordnede fokuset er på IP som sådan (eks. Ramsdal 2004, Haugen og Almvik 2009, Sverdrup mfl. 2005) Johansson og Eklund 2003).

Her vil vi særlig trekke frem Myrvold og Helgesen (2009), og deres sluttrapport fra prosjektet Evaluering av Opptappingsplanens effekter på kommunens organisering av psykisk helsearbeid. Prosjektet startet opp i 2001 og varte ute 2008. Det har bestått av tre runder med undersøkelser i form av spørreskjemaer til samtlige norske kommuner om tiltak, kompetanseoppbygging og organisering av det psykiske helsearbeidet. I tillegg har det vært foretatt to runder med casestudier i et mindre antall kommuner. Slik får vi en sammenlikning *over tid* av utviklingen i kommunenes implementeringer av Opptappingsplan for psykisk helse. Når det gjelder IP sier samtlige kommuner at dette er et redskap som anvendes for noen eller alle innbyggere med psykiske lidelser. Men, hevder forskerne:

Selv om bruken av individuelle planer er økt, og selv om holdningene til å bruke slike planer generelt er positive, ser vi at det fremdeles er ganske mange kommuner som i praksis har liten erfaring med å utvikle individuelle planer for sine innbyggere, spesielt barn og unge. Mange kommuner har heller ikke oversikt over behovet for individuelle planer blant sine innbyggere. Også her er oversikten over behovene hos barn og unge dårligere enn tilsvarende hos voksne. (2009:31).

Likevel, det er et stort flertall av norske kommuner som er enig i at IP bidrar sterkt til samordning og til at tjenestene tilpasses den enkeltes behov. Samtidig påpekes det at IP er

² Eks. Opptappingsplan for psykisk helse (2003), St.prp. 1 (2004–2005), diverse nasjonale veiledere fra Helse- og omsorgsdepartementet.

et ressurskrevende verktøy og at et flertall mener det er vanskelig å involvere alle de aktuelle tjenestene / profesjonsutøverne.

Videre påpeker NIBR-forskerne at «Det er interessant å registrere at en del kommuner som sier de utarbeider individuelle planer for alle med behov for individuell plan ikke har noen innbyggere som faktisk har en slik plan» (2009:86). Dette funnet er i tråd med Holums studie (2010) som er gjennomgått ovenfor, samt Andersen (2005) som diskuterer IP som et av flere verktøy for samordning og samarbeid.³ De fleste kommunene hadde kunnskap om IP. Samtidig var det mange av kommunene som iallfall på dette tidspunktet, ikke hadde tatt IP i bruk, eller ikke visste om de brukte det.

Holck (2004) hevder at det nettopp er organisatoriske forhold som er hovedproblemet når det gjelder bruken av IP, og at de lovbestemte forskriftene virker til å ta lett på de utfordringene som tverrfaglig samarbeid kan medføre i praksis. Mens Tosterud (2007) (referert i Grut 2008) peker på det paradoksale i at «Individuell plan er introdusert som et ledd i et ønske om å gjennomføre radikale endringer i tjenesteytingen, samtidig som det forventes stabilitet og konsistens i håndteringen av tjenestemottakerne» Organiseringen av tjenestene er til hinder for økt samarbeid, hevdes det, og IP er ikke et sterkt nok virkemiddel til å løse dette problemet:

(...) individuell plan fungerer godt der samarbeidet er godt. På samme måte fungerer planen dårlig når samarbeidet er dårlig, noe som lett kan føre til at individuell plan oppfattes som et overflødig verktøy (Grut 2008: 14).

Thommesen, Normann og Sandvin (2006) hevder på sin side at de aller fleste brukere, pårørende og kommunalt ansatte er fornøyde med IP, og oppfatter det «som et godt verktøy for et koordinert, helhetlig og individuelt bistandstilbud (2006:156). Her må det imidlertid, som forfatterne selv gjør, påpekes at informantene er hentet fra fem kommuner og bydeler som den gang var *pionerer* i forhold til å implementere ordningen med individuelle planer.⁴ Denne pionerfunksjonen, og at IP var et styringsverktøy i oppstartsfasen, kan være med på å forklare den nærmest samstemte begeistringen for ordningen. Det konkluderes med at IP praktisert på brukernes premisser kan være et godt verktøy for helhet og koordinasjon, men ordningen trenger legitimitet, bredere lovforankring og tydeligere tverrdepartementale signaler.

Behovet for sterkere legitimitet og forankring tas også opp av Kjellehold (2005), som hevder at rettslig regulering av individuell plan et viktig virkemiddel for å sikre individuelt tilpasset, helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Likevel, rettslig regulering er ikke et tilstrekkelig virkemiddel for å nå målene om forutberegnelighet, avklarte ansvarsforhold og bedret samhandling mellom instanser, tjenesteytere, tjenestemottakere og deres nærmeste pårørende. Det kreves også kunnskap, motivasjon og oppfølging både av koordinatorene og brukere. Dette er i tråd med en senere studie av koordinatrollen (Indresøvdde 2008). Gjennom fokusgruppeintervju fremgikk en relativt bred enighet blant

³ De andre verktøyene som tas opp er ansvarsgrupper og koordinering av psykososialt arbeid (KPA).

⁴ Det ble foretatt fokusgruppeintervjuer og kvalitative dybdeintervjuer med totalt 40 respondenter i fem kommuner og bydeler (anonymiserte).

informantene om at mye av koordineringsarbeidet var mangelfullt. De etterlyste større bevisstgjøring og kunnskap både når det gjelder IP og organiseringen av ansvarsgrupper.

Røhne, Hatling og Lidal (2006) analyserer IP som et planleggingsverktøy. De hevder at IP er en reform med ambisiøse mål, men heller svake virkemidler. I artikkelen skilles det mellom de kvantitative og kvalitative aspektene ved reformen. Det kvantitative handler om selve «dekningsgraden», altså om de som har behov for en plan får en. Det kvalitative handler om hvorvidt IP faktisk virker i tråd med de opprinnelige (lovpålagte) målsettingene. Forskerne konkluderer med at staten ikke har nådd den kvantitative delen av IP (2006:153), og trekker frem ulike sannsynlige årsaker på systemnivå: Staten har fokusert på juridisk forankring, økonomiske virkemidler og tilbud om opplæring for å implementere IP, men ikke tatt tilstrekkelig høyde for organisatoriske forutsetninger og (mangelen på) motivasjon på kommunalt nivå. Det er et manglende samsvar mellom ambisjonen om at alle med rett til og ønske om IP skal få tilbud om dette og de styringsinstrumentene som er valgt. På denne bakgrunnen stiller forskerne spørsmål ved om «det ikke er behov for betydelig mer oppmerksomhet rettet mot å løse de organisatoriske utfordringene knyttet til individuell plan, i tillegg til å samordne lovhjemlingen og utvikle økonomiske virkemidler til å bli reelle insentiver». (2006:3).

Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesø og Brender (2011) er også kritiske til styringsinstrumentene bak IP, og hevder at «Legislation, supervision and training programmes have not increased the deployment of individual care» (2011:5). Funnene er basert på en survey i et tilfeldig utvalg av 92 norske kommuner i 2005–2006. Blant disse hadde 0,5 % av befolkningen en IP – mens den forventede andelen var 3 %. Andelen ser ut til å være uavhengig av den politiske, sosiale og finansielle situasjonen i kommunene.

Disse tallene samsvarer med en kartlegging Rambøll Management Consulting utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2011 (Helsedirektoratet 2011). Her kom det frem at i gjennomsnitt har 0,58 % av befolkningen en individuell plan. Formålet med oppdraget var for øvrig å gi oversikt og kunnskap om antall virksomme individuelle planer i kommunene, gi kunnskap om koordinatorene og deres sektorbakgrunn, samt å kartlegge hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan. 349 norske kommuner og bydeler responderte på en elektronisk spørreundersøkelse, noe som tilsvarer en svarprosent på 76,9. En såpass høy svarprosent innebærer i følge rapporten at datagrunnlaget kan sies å være representativt for alle landets kommuner og bydeler (Helsedirektoratet 2011:1).

Kartleggingen viser at antall individuelle planer har klar sammenheng med innbyggertall, det vil si at jo større kommune, desto flere individuelle planer. Tilsvarende sammenhenger finnes også på fylkesnivå, ved at fylker med mange innbyggere har flere individuelle planer enn fylker med få innbyggere. Samtidig er der store fylkesvis variasjoner. Kort oppsummert er der flest individuelle planer per innbygger i Finnmark, Nord-Trøndelag og Hedmark, og færrest individuelle planer per innbygger i kommunene /bydelene i Vestfold, Oslo og Akershus (Helsedirektoratet 2011:2). I de fleste kommuner er det henholdsvis psykisk helsetjeneste (91 %), helsestasjon (89 %), fysioterapi (88 %) og skole/barnehageetat (82 %) som er mest involvert i arbeidet med individuelle planer. Også her er kommunestørrelse en sentral faktor, ved at jo større kommune desto flere involverte tjenester. Dette har både å gjøre med at store kommuner har tilgang til et

større tjenesteapparat, og at et høyt antall individuelle planer sannsynligvis gjenspeiler flere ulike brukergrupper som igjen krever at flere tjenester blir involvert. Totalt ble det rapportert inn 9 738 koordinatorene, der de fleste arbeider innenfor psykisk helsetjeneste, hjemmetjenesten og helsestasjon. Det store flertallet av koordinatorene (87 %) har ansvar for å følge opp mellom 1 og 5 brukere (ibid.).

Også surveyen som ble gjennomført ved Uni Rokkansenteret i 2008 var orientert mot koordinatorrollen. Det ble sendt ut spørreskjema til ansatte i kommunale helse- og sosialtjenester i 20 norske kommuner. Fokuset var på hvordan respondentene, som alle var personer med kjennskap til individuelle planer, selv oppfattet at disse fungerte. Det dreide seg om faktorer som retten til individuell plan, koordinatorrollen og samarbeidsforhold, synspunkter når det gjaldt brukermedvirkning og tids- og ressursbruk i arbeidet med å utforme individuelle planer

På bakgrunn av denne surveyen hevder Nilssen (2011) at norsk velferdspolitikken blir utviklet i spenningsfeltet mellom nasjonal standardisering, lokalt selvstyre, ekspertstyre og brukerinnflytelse. Det er en dobbelthet i bruken av individuelle planer, hevdes det, som kommer frem ved å anlegge et kontraktsperspektiv: Individuell plan blir en måte å regulere forholdet mellom velferdsstatens tjenesteytere og brukere på. Med andre ord, partene har gjensidige rettigheter og plikter som skal avklares og formaliseres. I følge Nilssen og Kildal (2009) er det «viktig å ha med seg at dette kan være et redskap for bedre koordinering av tjenester, demokratisering av tjenesteytingen og styringen av brukeradferd» (Nilssen 2011:92). I så måte er det et illustrerende poeng at retten til individuell plan ikke er begrunnet i personers diagnoser, skader eller bestemte funksjonsnedsettelser, men i behovet for koordinerte tjenester (Pasientrettighetsloven § 2-5, Sosialtjenesteloven § 4-3a, Thommesen mfl. 2006, Nilssen 2011). Også Storli (2010) er opptatt av at IP ikke nødvendigvis utformes ut fra brukernes behov, men (også) fra kommunenes ressursapparat.

Oppsummert

Kapittelet viser at det meste av forskningen rundt IP er konsentrert om brukere og yrkesutøveres erfaringer rundt samarbeid og praksis heller enn på IP som et styrings- og koordineringsverktøy. I den grad IP er blitt analysert som et slikt verktøy, er det først og fremst innen psykisk helsevern, antakelig fordi det er her ordningen først ble implementert. Flere av arbeidene viser at det er organisatoriske hindringer knyttet til ordningen, deriblant svak legitimitet, svak koordinering, lite reell gjennomslagskraft, samt mye merarbeid og byråkrati. Forskningen viser dessuten at mange av kommunene ikke har oversikt over behovet for individuelle planer blant innbyggerne.

Det er med dette som bakteppe at vi i neste kapittel presenterer vår webbaserte studie blant rådmenn og etatsledere i 100 norske kommuner: Hvordan opplever disse IP som styringsredskap?

5. IP som styringsredskap: kommunale lederes erfaringer

Denne delen av rapporten retter oppmerksomhet mot kommunale lederes erfaringer med IP som styringsredskap via en analyse av surveymaterialet som utgjør det tredje elementet i vårt evalueringsprosjekt. Materiale fra den elektroniske spørreskjemaundersøkelsen sendt til rådmenn og enhetsledere i norske kommuner i 2013 suppleres med funn fra spørreundersøkelsen rettet til ansatte i norske kommuner i 2008. Dette materialet gir oss mulighet for å belyse erfaringer og synspunkt blant kommunale ledere og ansatte. Vi vil også sammenlikne rådmenns og enhetslederens synspunkt på IP, og belyse hvordan enhetsledere knyttet til henholdsvis barnevern og psykisk helsetjeneste for voksne ser på IP som virkemiddel. Tilgangen på materiale fra 2008 gir oss også som nevnt mulighet til å sammenholde funn fra to utvalg av kommunalt ansatte og ledere langs noen dimensjoner.

Vi er opptatt av følgende overordnede problemstillinger:

- Hvordan er retten til individuell plan forankret i kommunene? I hvilken grad kjenner kommunale ledere til lovens bestemmelse om rett til individuell plan? Videre ser vi på om kommunene har egne ansatte med overordnet ansvar for IP og hvem som regnes som viktige aktører i arbeidet med IP.
- Hvordan bidrar IP til å fremme samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet i kommunene? Hvilke synspunkt har kommunale ledere når det gjelder rollen til IP-ordningen for samarbeid kommuner imellom og mellom kommunen og andre instanser? Er det ulik oppfatning mellom enhetsledere i ulike sektorer og rådmenn om måten individuell plan fungerer på mht. samarbeid?
- Styrker eller reduserer individuell plan kommunenes handlefrihet i utformingen av velferdstjenestene? I hvilken grad legger kommunens administrative ledelse føringer på arbeidet med IP
- Hvordan opplever kommunale ledere at ordningen med IP forplikter tjenesteytingen? Hvordan oppfattes kontrakten mellom kommunen og brukerne? Hva er synspunktene på koordinatorrollen og brukerrollen blant de kommunale lederne?

Metode og datainnsamling

I februar 2013 sendte vi ut det vedlagte spørreskjemaet (vedlegg 1) til samtlige rådmenn i de 100 norske kommunene vi hadde trukket ut, og i etterkant av utsendelsen ble det automatisk generert to purrerunder til dem som ikke hadde besvart skjemaet. Vi gjorde tilsvarende for enhetsledere innen barnevern og psykisk helse (vedlegg 2). Totalt medførte dette en utsending av 300 skjema. Enhetsledernes skjema var mer omfattende enn skjemaet rådmennene mottok, siden vi antok at lederne av resultatenheter hadde mer direkte kjennskap og erfaringer med IP som styringsverktøy enn øverste administrative leder i kommunene. Samtlige utsendinger er kodet etter kommunenummer og etat, slik at vi på en anonymisert men likevel pålitelig måte kan identifisere respondentenes kommunale tilhørighet. Vi brukte programmet SurveyXact for å utarbeide selve skjemaet,

mens spørsmålene var basert på de substansielle problemstillingene i prosjektet og vår opprinnelige prosjektbeskrivelse.

Totalt har 33 rådmenn besvart spørreundersøkelsen,⁵ mens den tilsvarende andelen av enhetsledere (barnevern og psykisk helse sett under ett) er 94, av potensielt 200 respondenter. I noen få tilfeller var samme person leder for begge tjenestene i kommunen, så det kan ha blitt et visst overlapp i forhold til hvem som gjennomførte eller ikke gjennomførte undersøkelsen.

Det kunne selvsagt vært ønskelig med en høyere svarprosent, men den foreliggende andelen er i og for seg ikke problematisk for analysen. Den kan dessuten tolkes på ulike måter. Noe av frafallet kan skyldes selve distribusjonen av spørreskjemaet med tilhørende informasjonsbrev. I forkant av undersøkelsen kontaktet vi fylkesmannen i samtlige fylker og ba dem om e-post adresser til etatslederne i de aktuelle kommunene. De fleste var behjelpelig med dette, men det hendte at epost-adressene var mangelfulle eller ble adressert til feil person. I en del tilfeller måtte vi dessuten kontakte informantene via kommunens elektroniske postmottak-adresse, noe som kan ha innebåret en viss risiko for at forespørsel ble borte i systemet. Foruten hjelpen fra fylkesmannen brukte vi kommunenes nettsider, og i enkelte tilfeller sentralbord, for å spore opp de aktuelle informantene. Samtlige rådmenn var lette å spore opp via hjemmesidene til den enkelte kommune, men en god del meldte seg fraværende eller lot være å besvare undersøkelsen.

Lav svarprosent på denne type undersøkelser kan knyttes til at ansatte i kommune-Norge hyppig mottar spørreundersøkelser, og at mange derfor har nådd sitt metningspunkt i forhold til å besvare denne type undersøkelser. I så fall er det mulig at det er en skjevhet ved utvalget ved at det er de mest engasjerte (i positiv eller negativ retning) som har svart, mens resten har latt være.

Samtidig vil vi hevde at det er et funn i seg selv at såpass få svarte: Kanskje ikke IP engasjerer så mye, eller at vi ikke har fått fatt i de kommunale lederne som engasjerer seg mest. Uansett, formålet vårt er ikke representativitet i streng statistisk forstand, men å få innsyn i respondentenes oppfatninger av og erfaringer med IP som styringsverktøy.

I den empiriske analysen beskrives respondentenes kunnskap om og synspunkter på individuell plan på sine respektive fagfelt. Gitt størrelsen på utvalget i vår spørreundersøkelse fokuserer vi på hvorvidt enhetsledere på de to tjenestefeltene – barnevern og psykisk helse for voksne – har ulike erfaringer med individuell plan. Bestemmelser om individuell plan er nyere på barnevernsfeltet, noe som kan bety at kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget er mindre sammenliknet med lederne innenfor psykisk helse for voksne der arbeidet med individuelle planer antas å være mer innarbeidet.

Følgende aspekter ved resultatene er gitt særlig oppmerksomhet: Spørsmålet om hvorvidt det faktisk er forskjeller mellom de to velferdsområdene er et spørsmål om statistisk signifikans. Uten å gå i detalj består en signifikanstest av at vi undersøker om nullhypotesen kan ha noe for seg, som i vårt tilfelle er at det ikke er noen forskjeller mellom de to sektorene. Hvor sikker kan vi være på at de forskjellene som vi observerer utvalget også gjelder populasjonen som helhet? For å besvare dette spørsmålet benyttes

⁵ Siden vi har et såpass lite utvalg av rådmenn, opererer vi med antall heller enn prosenter for denne gruppen.

kjikkvadratstesten for krystabeller (Ringdal 2001). Det lave antallet enheter gjør at vi velger kun å rapportere forskjeller på 10 prosent nivået eller lavere. Vi opererer slik med en usikkerhet på 10 prosent med hensyn til at nullhypotesen kan være riktig. Der vi ikke finner signifikante forskjeller rapporterer vi respondentenes synspunkter på individuell plan samlet.

For å se nærmere på hvordan det arbeides med individuell plan i kommunen benyttes for det andre en foreliggende spørreundersøkelse gjennomført blant ca. 190 ansatte i kommunale helse- og sosialtjenester i 20 norske kommuner i 2008 (Nilsen 2011).

Denne undersøkelsen var del av NFR-prosjektet «Rettsens refleksive rom. Velferdsrettigheter, rettsanvendelse og lokalitet», som undersøkte variasjoner mellom småkommuner og storbykommuner knyttet til iverksettingen av retten til individuell plan (IP) på helse og sosialområdet og individuell opplæringsplan (IOP) på skoleområdet. Undersøkelsen fra 2008 var rettet mot ansatte i kommunale helse- og sosialtjenester og ble sendt til respondenter i kommunene gjennom NSDWebSurvey. Utvalget av kommuner skjedde her med utgangspunkt i et skille mellom storbyregioner og uttynningssamfunn. 19 kommuner og bydeler i storbyregioner og 16 uttynningskommuner sa ja til å delta. Respondenter i denne undersøkelsen var personer som hadde kjennskap til bruken av IP i kommunen. Svarprosenten var her på 58. 12 av 16 uttynningskommuner og 16 av 28 storbykommuner/bydeler besvarte undersøkelsen (Nilssen 2011).

Ved at en rekke relevante spørsmål fra 2008- undersøkelsen har blitt gjentatt i 2013-surveyen har vi mulighet for å se svarene fra de to utvalgene i forhold til hverandre, og slik få bredere kunnskap enn om vi kun så på 2013-surveyen alene. Samtidig må det tas forbehold basert på at utvalget ved den første undersøkelsen var et annet, både mht utvalg av kommuner og hvem som var respondentene. I 2008 var det altså kommunalt ansatte med ansvar for IP som svarte, mens respondentene i 2013 var rådmenn og enhetsledere knyttet til to kommunale tjenestefelt. Det er altså ikke snakk om direkte sammenligninger over tid og tematikker.

I det følgende skal vi gå nærmere inn på de enkelte problemstillingene i undersøkelsen.

Forankring av arbeidet med IP i kommunene

Helsedirektoratet arrangerte i 2008 seks regionale konferanser om individuell plan, Tilbakemeldingene fra deltakerne bekreftet ifølge direktoratet inntrykket av at individuell plan kunne oppfattes som et strategisk verktøy for samhandling, og at forskriften og formålet med den var godt kjent. Tre forhold i tilbakemeldingene pekte seg ut som avgjørende for å lykkes i det videre arbeidet med individuell plan: Pasientene og brukerne må for det første oppleve at de blir sett, hørt og verdsatt. For det andre måtte koordinatorrollen «løftes frem», og for det tredje ble det understreket at arbeidet med individuell plan må forankres på politisk og administrativt nivå, og at et systemansvar må være på plass (Helsedirektoratet rapport 2009). Vi vil her vektlegge de to siste faktorene, og først se på forankring og systemansvar. Koordinatorrollen blir analysert senere i denne delen av rapporten.

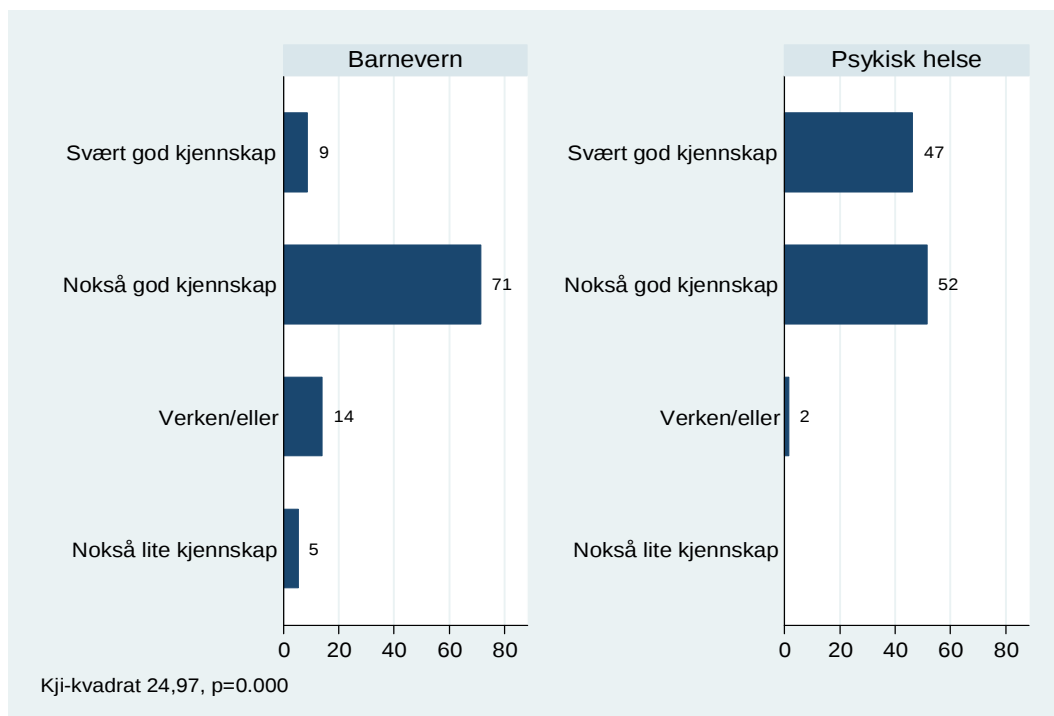
Vi kan få en pekepinn om hvordan kommunene forankrer arbeidet med IP gjennom å undersøke hvorvidt kommunale ledere kjenner til bestemmelsene om IP, og i hvilken grad

de involverer seg i arbeidet. Vi har også spurt kommunale enhetsledere om det finnes enkeltpersoner med overordnet ansvar for IP i deres kommune, og vi har sett på hvem som regnes som viktige aktører i arbeidet med IP.

Kjenner kommunale ledere til lovens bestemmelse om rett til individuell plan, og hvor klare mener de bestemmelsene er? De fleste som besvarte undersøkelsen mener de har god kunnskap om IP. 25 av 31 rådmenn svarte i 2013 at de har nokså god eller svært god kjennskap til bestemmelsene om IP. Nesten 90 % av enhetslederne svarte det samme. Dette svarer til funnene fra 2008, der også 90 % av respondentene samlet mente de kjente bestemmelsene godt.

Hvis vi sammenlikner respondenter fra de to sektorene i 2013-undersøkelsen får vi imidlertid fram signifikante forskjeller.

Figur 1: Hvor godt kjenner du til lovens bestemmelser om individuell plan? (N 114) Signifikant.



Som det fremgår av figur 1 rapporterer 98 % av respondentene fra psykisk helsetjeneste at de selv kjenner svært eller nokså godt til lovens bestemmelser. 47 % mener de kjenner bestemmelsene svært godt. Tallene fra barnevernet viser at færre, ca. 9 %, mener de kjenner loven svært godt, mens 71 % sier de kjenner denne nokså godt. At det er færre fra barnevernet som oppgir å ha svært god kjennskap til loverket rundt IP kan tolkes dit hen at dette verktøyet har langt kortere fartstid her enn innenfor psykisk helsevern, og derfor trolig er mindre institusjonalisert på barnevernsfeltet.

Videre finner vi at 30 av 32 rådmenn mener formålet med IP er klart formulert i lover og forskrifter. Samlet mener om lag 90 % av enhetslederne at formålet med ordningen er klart formulert i lover og forskrifter. Tilsvarende tall fant vi i 2008, 88 % mente da at det var svært eller ganske klart. Dersom vi bryter svarene fra 2013 ned på sektor, finner vi at om

lag 70 % av respondentene fra begge sektorene mener dette er nokså klart formulert. En del flere fra psykisk helsetjeneste mener dette er svært klart formulert, 24 mot 14 %.

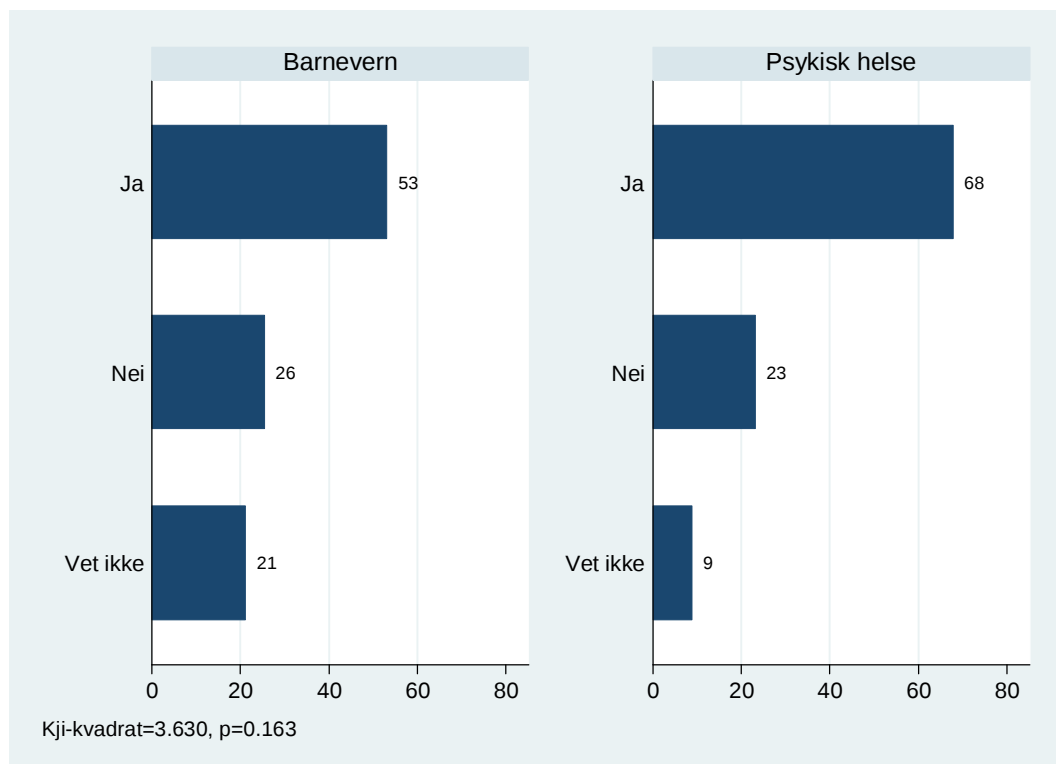
I hvilken grad kommunale ledere er involvert i arbeidet kan også gi en indikasjon på ansvarsdelingen i forbindelse med IP. Når det gjelder interesse for arbeidet med IP svarer 22 av de 33 rådmennene at de er nokså interesserte, 5 av dem oppgir å være svært interesserte, og bare 3 svarer at de er lite interesserte. På spørsmålet om i hvilken grad de selv er involvert i det konkrete arbeidet med IP er det imidlertid bare 4 av rådmennene som oppgir at de er svært involverte, mens flertallet svarer at de er nokså lite (7 personer) eller svært lite (12 personer) involverte. Det er altså en forskjell mellom å være interessert og å være involvert. IP er antakelig utenfor de fleste av rådmennene sine arbeids-, og interesseområder, noe også den lave svarandelen (33 av 100) tyder på.

Omlag 30 % av enhetslederne mener administrativ ledelse i kommunen legger føringer på arbeidet med IP. Her er det mange som svarer verken- eller, ca. 45 %. Halvparten svarer at de selv er nokså eller svært mye involvert i arbeidet, mens rundt 30 % sier de er lite involverte.

Spørsmålet om hvordan arbeidet med IP forankres i kommunen kan også relateres til ansvarsfordelingen for oppgaver knyttet til dette. Figur 2 viser svarfordelingen på spørsmålet om hvorvidt det finnes en enkeltperson i kommunene som har overordnet ansvar for arbeidet med IP.

Her er det ikke signifikante forskjeller mellom enhetslederne innen barnevern og psykisk helse, men det kan se ut til at andelen som ikke vet om en slik person finnes er en god del høyere i barnevernet enn i psykisk helsetjeneste, 21 mot 9 %. Igjen kan vi anta at den forholdsvis nye ordningen med IP i barnevernet kan bidra til å gi nokså tydelige forskjeller i noen av svarene her.

Figur 2: Finnes det en enkeltperson i din kommune som har det overordnede ansvaret for arbeidet med IP?



Undersøkelsen viser også at det er et bredt spekter av profesjoner involvert i oppfølgingen av de individuelle planene.

Tabell 2: Hvem er involvert i arbeidet med IP (her kunne informantene trekke frem flere aktører).

Brukeren	81 %
Psykisk helsetjeneste i kommunen	74 %
Representanter for sosialtjenesten	67 %
Helsestasjon	65 %
Representanter for NAV	61 %
Fysioterapi / ergoterapi	55 %
Brukerens fastlege	53 %
Skole	51 %
Respondenten selv (etatsleder)	50 %
Familie / pårørende	50 %
Barnevernstjenesten i kommunen	46 %
Barnehage	45 %
Bufetat	15 %

Tilsvarende har vi spurt hvem som er vanskeligst å få til å stille på møter. Hovedinntrykket er at det er få som mener at det er vanskelig å få de ulike fagprofesjonene til å stille på ansvarsgruppemøtene, men i den grad noen trekkes frem er det fastlegene og representanter for spesialisthelsetjenesten. Det er i våre data ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene på dette spørsmålet.

At så mange aktører er involvert i arbeidet med IP og at etatslederne trekke frem brukeren selv som den som i flest tilfeller er involvert, må kunne sees som et uttrykk for at IP virker etter planen: Brukermedvirkning, samarbeid, koordinering av tjenestetilbud. Det er også verdt å merke seg at 38 % av etatslederne velger svaralternativet «ingen» på spørsmålet om hvem som er vanskeligst å få til å stille. Samtidig ser vi at det i stor grad er de samme profesjonene som er mest involvert i IP-arbeidet som er vanskeligst å få til å stille på møtene, og da særlig fastlege og representanter for spesialisthelsetjenesten. Dette er i tråd med funn fra en av helsetilsynets rapporter, henvist til i del 3, der det antydes en motvilje i spesialisthelsetjenesten mot IP. Mange er altså med og samarbeider «på papiret», men det kan muligens være tyngre å koordinere og følge opp en IP i praksis.

Samarbeid om IP

Individuell plan skal være et verktøy for samarbeid mellom brukeren og tjenesteapparatet og mellom de ulike tjenesteyterne. Den skal styrke samhandlingen for at brukeren skal få dekket sine bistandsbehov. Individuell plan skal gi en oversikt over og beskrive de løsningene og tiltakene som gir et sammenhengende og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

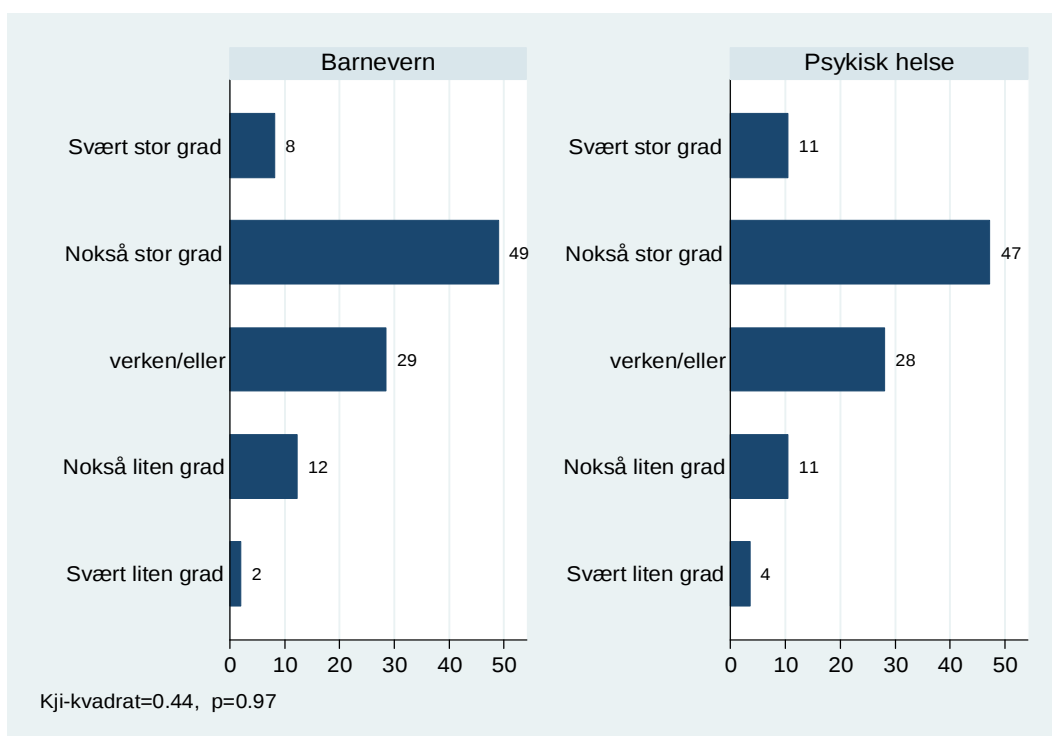
I følge forskrift om individuell plan er formålet med utarbeidelsen av en individuell plan å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dette omfatter kartlegging av tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov. En sentral målsetning med IP er altså å styrke samarbeidet både internt i kommunen, og mellom kommunene og spesialisttjenestene. Samarbeid om individuell plan kan også omfatte interkommunalt samarbeid. I hvilken grad mener kommunale ledere i ulike sektorer og på ulike nivå at bruken av IP fremmer samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet?

IP og samarbeid mellom kommunale tjenester

Flere spørsmål i spørreskjemaet omhandler internt samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet i kommunene. Spørsmålet om samarbeid internt i kommunen kan ha både en dimensjon knyttet den formelle organiseringen av tjenestene, og en dimensjon knyttet til faktisk samarbeid på tvers av enheter. Rådmennene i undersøkelsen ble spurt om IP virker inn på overordnet tjenesteorganisering. Her svarte en tredjedel, 11 av 33, at den hadde slik innvirkning i nokså stor grad, mens de øvrige svarte verken/ eller, eller i nokså liten grad.

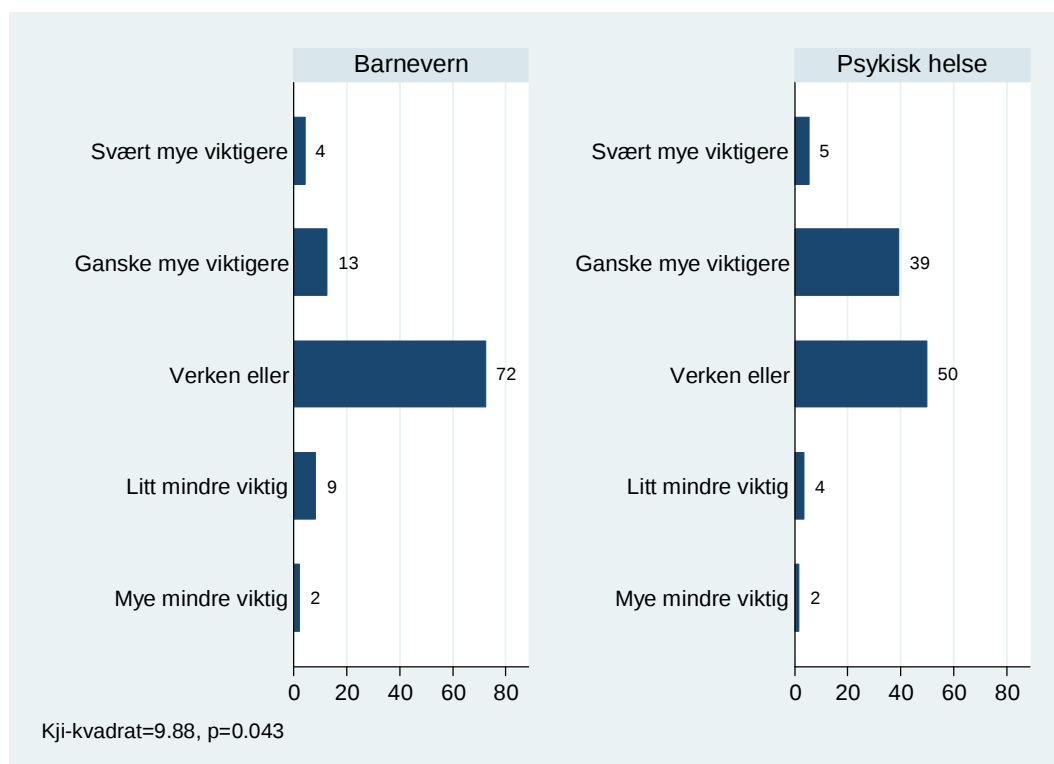
Både rådmenn og enhetslederne ble spurt om i hvilken grad bruk av IP fremmer samarbeid mellom ulike deler av kommunens tjenesteapparat. Det store flertallet av rådmennene 28 av 33, mener at ordningen med IP fremmer samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet i sin kommune i svært stor (8) eller nokså stor grad (20). De øvrige svarte «verken/eller».

Figur 3: I hvilken grad vil du si at bruken av Individuell plan fremmer samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet i din kommune? (N=106)



Som figur 3 viser, er svarene fra enhetslederne noe mer sammensatte, men det er ingen signifikante forskjeller mellom sektorene. Tvert i mot, er det påfallende store likheter i svarfordelingen. Til tross for at nærmere en tredjedel av respondentene svarer «verken eller» på om IP fremmer samarbeid innad i kommunen, viser figuren at det er relativt bred og sektoruavhengig enighet om at den gjør det – helt i tråd med ambisjonen bak ordningen

Figur 4: I løpet av de siste årene, i hvilken grad vil du si at bruken av individuell plan har blitt et viktigere koordineringsredskap i din avdeling? (N= 103) Signifikante forskjeller.



Figuren viser at det er en stor overvekt av barnevernsledere som svarer verken/eller på dette spørsmålet, 72 %. 17 % mener IP har blitt viktigere. For psykisk helsevern er det 50 % som svarer verken/eller, mens 44 % mener det har blitt ganske eller svært mye viktigere. IP ble altså innført i barnevernet fra 2009, mens ordningen har vært gjeldende i psykisk helsevern siden 2001. Vi kunne antatt at flere fra barnevernet hadde ment at ordningen var blitt viktigere for samordningen, siden den ble innført fire år tilbake. Tilsvarende har man benyttet ordningen i psykisk helsetjeneste i en tiårsperiode. Svarene kan tyde på at det tar en viss tid før ordningen blir kjent og prøvd ut slik at det får følger for organiseringen av tjenester.

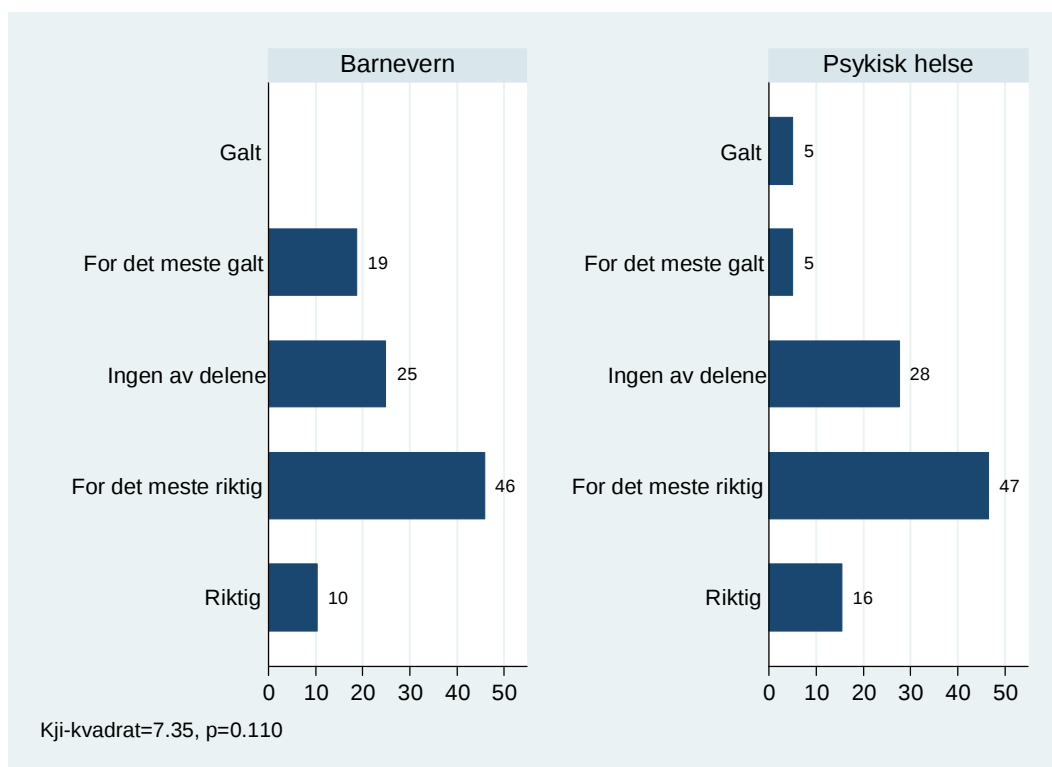
I enkelte tilfelle kan brukere ha rett på flere planverktøy, for eksempel individuell opplæringsplan i tillegg til individuell plan. Koordinering av slike planverktøy vil i de fleste tilfelle innebære samordning av tjenester på tvers av sektorer og etater. Både rådmenn og enhetsledere ble spurt om i hvilken grad arbeidet med ulike planer blir koordinert i kommunen. 23 av rådmennene mener dette skjer i svært stor eller nokså stor grad, mens 9 ikke har synspunkt på dette eller mener at det skjer sjelden. Når det gjelder enhetslederne, er det en noe lavere andel som mener slik koordinering skjer i stor eller nokså stor grad: 65

% svarer dette. en stor andel, 25 %, svarer verken eller. Noen få mener dette skjer i liten grad. Her finner vi ingen signifikante forskjeller mellom sektorene. Svarene her indikerer at informantene enten har begrenset kjennskap til om slik koordinering foregår, eller at det ikke anses relevant for de aktuelle tjenestene de representerer.

I undersøkelsen fra 2008 svarte 76 % av informantene at de var svært eller nokså enige i at IP styrker samordning mellom ulike tjenesteområder i kommunen eller bydelen (Nilsen 2011). Denne undersøkelsen omfattet altså bare tjenester til voksne brukere innenfor helse- og sosialfeltet. Det ble skilt mellom ulike kommunale arbeidsområder i denne undersøkelsen (eldreomsorg, psykisk helse, rusarbeid og arbeid med psykisk utviklingshemmete). Kun en av disse sektorene, psykisk helsetjeneste, omfattes altså av begge undersøkelsene. I 2008 fant man en viss forskjell mellom ulike tjenester, de som arbeider med psykisk utviklingshemmete var noe mer uenige enn andre ($r = -.161^*$) i at IP bidrar til å styrke samordning mellom tjenestefelt.

Enhetslederne ble i 2013 bedt om å ta stilling til en rekke påstander om hvordan IP fungerer i kommunen. En av disse var en påstand om at IP har ført til bedre koordinering på tvers av tjenestenivå.

Figur 5: Individuell plan har ført til bedre koordinering på tvers av tjenestenivå? (N= 106) – I nærheten sig!



Her mente noe over halvparten (53 %) at innføring av ordningen faktisk har ført til bedre koordinering. 30 % svarte at påstanden verken var riktig eller gal, mens 18 % mente påstanden var gal. Sammenlikner vi svar fra de to sektorene her finner vi verdier som gir tilnærmet signifikante forskjeller. 56 % av barnevernslederne mente det er riktig at IP har

gitt bedre koordinering på tvers, mens 63 av lederne fra psykisk helsetjeneste svarte det samme. Ca. 20 % av barnevernslederne mener påstanden er gal, altså at IP ikke har bedret koordineringen, mens tilsvarende for psykisk helse er 10 %.

Hvordan samarbeider kommunene med andre kommuner/bydeler om oppfølgingen av individuell plan?

Forsøk med interkommunalt samarbeid har på flere områder vært igangsatt det siste tiåret. Innenfor barnevernet har dette vært en satsning siden 2002, da det ble gitt tillatelse til gjennomføring av 13 forsøk med interkommunale samarbeid om barnevern. Formålet med forsøkene er blant annet å styrke og utvikle barnevernet og å utvikle mer robuste fagmiljøer⁶. I 2006 evaluerte Telemarksforskning slike forsøk (Brandzæg 2006). Flere av kommunene som inngår i vår undersøkelse har inngått avtaler om interkommunalt samarbeid om barnevernstjenestene. Det var derfor relevant å spørre om hvordan man har erfart samarbeid om tjenestene med nabokommuner. I 2013 spurte vi enhetslederne om å ta stilling til en påstand om at IP har ført til tettere samarbeid mellom nabokommuner. Bare 9 % mente at dette var riktig eller for det meste riktig. 64 % mente at denne påstanden var gal eller for det meste gal. De ble også stilt et eget spørsmål om respondentens kommune samarbeider med andre om oppfølgingen av IP: Her var det 24 % som svarte bekreftende, 45 % svarte nei, mens hele 30 % ikke kjente til slikt samarbeid. Tilsvarende spørsmål ble stilt til rådmennene. En tredjedel av rådmennene rapporterte at slikt samarbeid finner sted, mens noe mer enn en tredjedel svarte at kommunen ikke har slikt samarbeid. I 2008 ble tilsvarende spørsmål stilt til kommuneansatte. 41 % svarte da at kommunen hadde slikt samarbeid, 59 % svarte nei på dette.

10 % av etatsledere mener IP har ført til tettere samarbeid med nabokommuner, mens hele 63 prosent karakteriserer dette utsagnet som «galt» (32 %) eller «for det meste galt 31 %) eller «ingen av delene» (27 %). Rådmennene ble også spurt om IP og hvorvidt oppfølgingen skjedde i samarbeid med andre kommuner. Her er det viktig å merke seg at svarene er ikke direkte sammenlignbare med svarene til etatslederne siden spørsmålsstillingene er forskjellige: Etatslederne fikk et gradert, mens rådmennene fikk et «ja–nei» spørsmål. 10 av rådmennene svarte «ja» på at de samarbeidet med andre kommuner, 11 svarte «nei», mens resten ikke visste.

Den store relativt stor andelen «vet ikke» er interessant, særlig i lys av at flertallet av rådmennene oppgir å være «nokså -» (22 respondenter) eller «svært interessert» (5 respondenter) i arbeidet med individuell plan.. I denne sammenheng er det også et relevant poeng at rådmennene selv oppgir at de har større kunnskap og interesse for IP enn hva etatslederne oppfatter at de har: 48 % av etatslederne oppgir at den administrative ledelsen i kommunen er «nokså -» (37 %) eller «svært interessert» (11 %) i arbeidet med individuell plan.

⁶ [http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/fornyng-i-kommunene/forsok-i-kommunesektoren/forsok-test/interkommunale-losninger-barnevern.html?id=413416#interkommunalt barnevern](http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/fornyng-i-kommunene/forsok-i-kommunesektoren/forsok-test/interkommunale-losninger-barnevern.html?id=413416#interkommunalt+barnevern)

Samarbeid med spesialisttjenester på statlig nivå

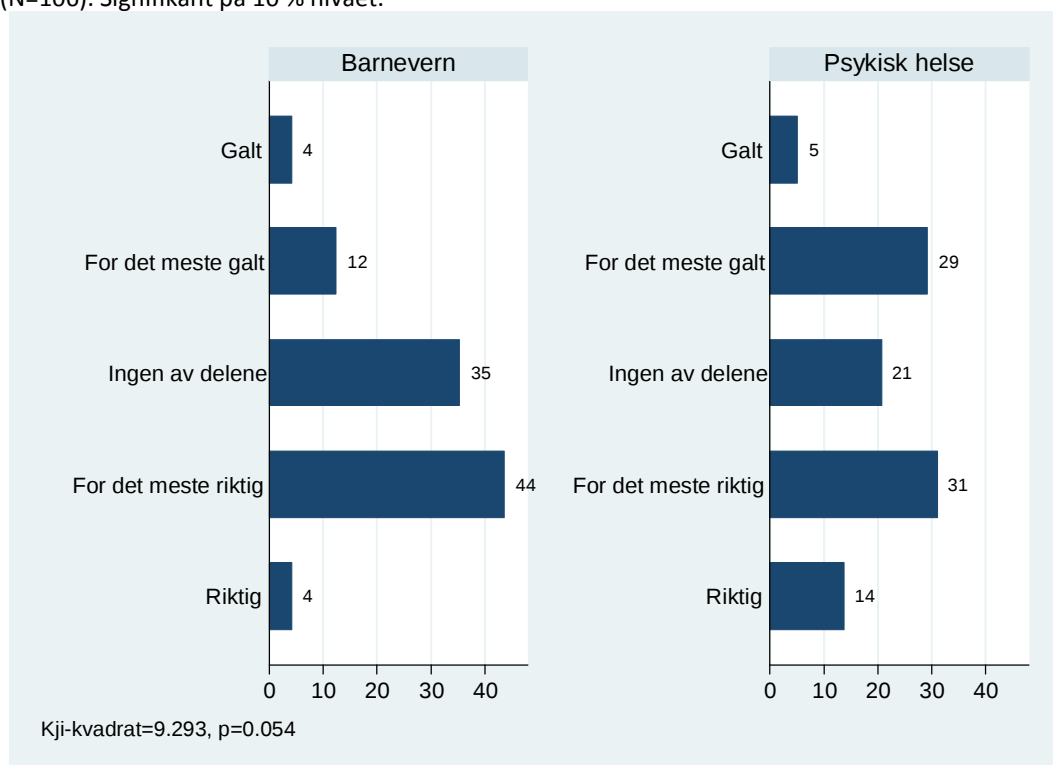
Brukere med sammensatte og langvarige behov vil i mange tilfelle motta både kommunale tjenester og statlige tjenester, for eksempel fra spesialisthelsetjenesten. Ansvar for barnevernet er også delt mellom stat og kommuner, og det er derfor grunn til å anta at kommuner i en del tilfeller anvender IP til å koordinere tjenester med statlige tjenesteytere. Vår undersøkelse inkluderer også spørsmål om dette. Når det gjelder samarbeid med statlige tjenester mente 18 % av enhetslederne at det var riktig at slik samarbeid hadde økt, mens rundt 35 % mente dette var en gal påstand. Flest mente ingen av delene stemte (45 %).

Når det gjelder IP sin innvirkning på samarbeidet med statlige tjenester, svarer 47 % at det ikke innvirker («ingen av delene») mens 33 % mener at utsagnet om at IP har ført til tettere samarbeid er det er galt (17 %) eller svært galt.

Nytt navn på gammel praksis?

I kapittel 3 så vi at tilsynsmyndighetene vektla at det ikke nødvendigvis er tilstedeværelsen av selve planen som er avgjørende, men at de funksjoner og prosesser som individuell plan legger opp til er ivaretatt. Dette danner grunnlag for å spørre om ordningen med IP oppleves som «ny vin i gamle flasker» for kommunale ledere med hensyn til koordinering av tjenester. Som vi så i kapittel 2 har IP vært lovpålagt innen psykisk helse siden 2001, mens i barnevernet skjedde dette i 2009. Vi kan tenke oss at dette påvirker respondentenes erfaringer med, og syn på, IP. For å undersøke dette spurte vi blant annet om hvorvidt IP først og fremst er et nytt navn på samarbeidsmønstre som allerede er etablerte.

Figur 6: Individuell plan er først og fremst et nytt navn på allerede etablerte samarbeidsmønstre (N=106). Signifikant på 10 % nivået.



Figur 6 viser at det er signifikante forskjeller mellom de ulike gruppene, samt at barnevern er mer samstemte om at IP primært er en ny term på en etablert praksis. Samtidig er andelen som er usikre på dette betydelig større enn innen psykisk helse. Hos etatsledere innen psykisk helse er spredningen større. Rundt 34 prosent mener det ikke er riktig (for det meste galt/galt), mens 44 prosent mener påstanden gir en korrekt beskrivelse (31 prosent og 14 prosent). Igjen er det rimelig å lese forskjellene ut fra at IP tidsmessig er mye mer etablert i psykisk helse. Praksis er allerede etablert, slik at det kan være relativt flere her som er uenig i påstanden enn det som er tilfelle i barnevernet. Her er IP et mye nyere lovpålegg, og det er derfor rimelig å anta at flere kjenner seg igjen i den ovennevnte beskrivelsen.

Undersøkelsen vår viser dessuten at et flertall av respondentene mente at påstanden om at IP fører til at den enkelte bruker mer tid på papirarbeid enn før er for det meste riktig (46 respondenter) eller riktig (respondenter) (N= 105 på dette spørsmålet). Dette er i tråd med tidligere forskning som vi gjennomgikk i kapitel 4.

IP og kommunal handlefrihet

Styrker eller reduserer IP kommunenes handlingsfrihet i utformingen av velferdstjenestene?

Det siste tiåret har det vært en utbredt antagelse i diskusjonen om velferdsrettigheter at dette kan innebære et inngrep i kommunal handlefrihet, noe som blant annet ble tatt opp i Makt- og demokratiutredningen fra 2003 (NOU 2003:19). Nilssen påpeker imidlertid

at dette ikke synes å gjelde for rettigheter som IP (Nilssen 2011). I undersøkelsen fra 2008 fant man at svært få respondenter mente dette.

Vi spurte i vår undersøkelse fra 2013 enhetslederne om å ta stilling til en påstand om at «Individuell plan reduserer kommunens handlingsfrihet i utformingen av velferdstjenestene». Her er det ingen signifikante forskjeller i hvordan de to gruppene av etatsledere ser på dette. Det er imidlertid noen interessante forskjeller. Begge gruppene mener i all hovedsak at påstanden er gal, men det er flere innen psykisk helse enn barnevern som mener dette. Dette kan ha sammenheng med at psykisk helse har «levd med» IP i mange flere år enn barnevernet, og dermed har erfaringer og strategier som tilsier at IP ikke begrenser handlingsfriheten, mens barnevernet har større skepsis på grunn av kortere fartstid.

Det at de færreste mener at IP reduserer handlefriheten er ikke nødvendigvis det samme som at de mener at IP styrker den, eller kanskje de ikke syns handlefrihet er så viktig. Ser vi på rådmennene mener et flertall at IP har, eller vil påvirke kommunens handlingsrom når det gjelder organiseringen av tjenestene. Ut fra spørsmålsstillingen kan vi imidlertid ikke si noe om i hvilken retning (styrking eller svekking) de mener at handlefriheten påvirkes.

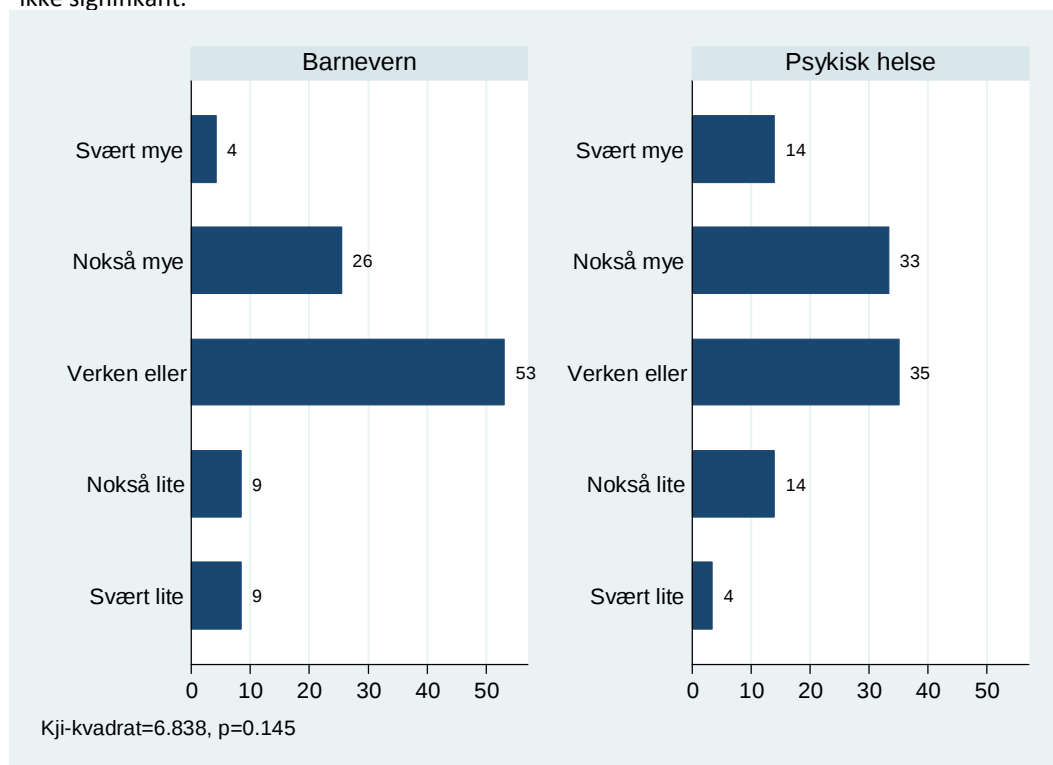
Det er heller ikke signifikante forskjeller mellom barnevern og psykisk helse på spørsmålene om:

- 1) «I hvilken grad vil du si at lovpålegg om individuell plan har påvirket / vil påvirke ditt handlingsrom i forhold til å organisere og lede tverrfaglige og tverretatlige samarbeidsfora?» og
- 2) «I hvilken grad vil du si at individuell plan bidrar til å forplikte ulike tjenesteytere til å følge opp planen i praksis?»

I begge gruppene er tendensen at flertallet svarer «verken eller» på spørsmål 1 og «i nokså stor grad» på spørsmål 2. Ser vi de to spørsmålene i forhold til hverandre, kan vi tolke svarene i retning av at enhetslederne oppfatter at IP har mer å si i forhold til å forplikte ulike typer av tjenesteytere, enn at det innvirker på deres eget praktiske handlingsrom.

Vel så interessant er imidlertid forskjellen / frekvensfordelingen mellom gruppene. Som vi ser av figur 7 er det langt flere i barnevernet enn i psykisk helse som svarer «verken eller» på spørsmålet om lovpålegg påvirker eget handlingsrom. «Verken eller» kategorien kan også tolkes som et «vet ikke» og si noe om (svakere) institusjonell forankring av IP på barnevernsfeltet enn innen psykisk helse, der en relativt stor andel mener at lovpålegget virker inn på eget handlingsrom.

Figur 7: I hvilken grad vil du si at lovpålegg om individuell plan har påvirket / vil påvirke ditt handlingsrom i forhold til å organisere og lede tverrfaglige og tverretatlige samarbeidsfora? (N= 104)
– ikke signifikant.

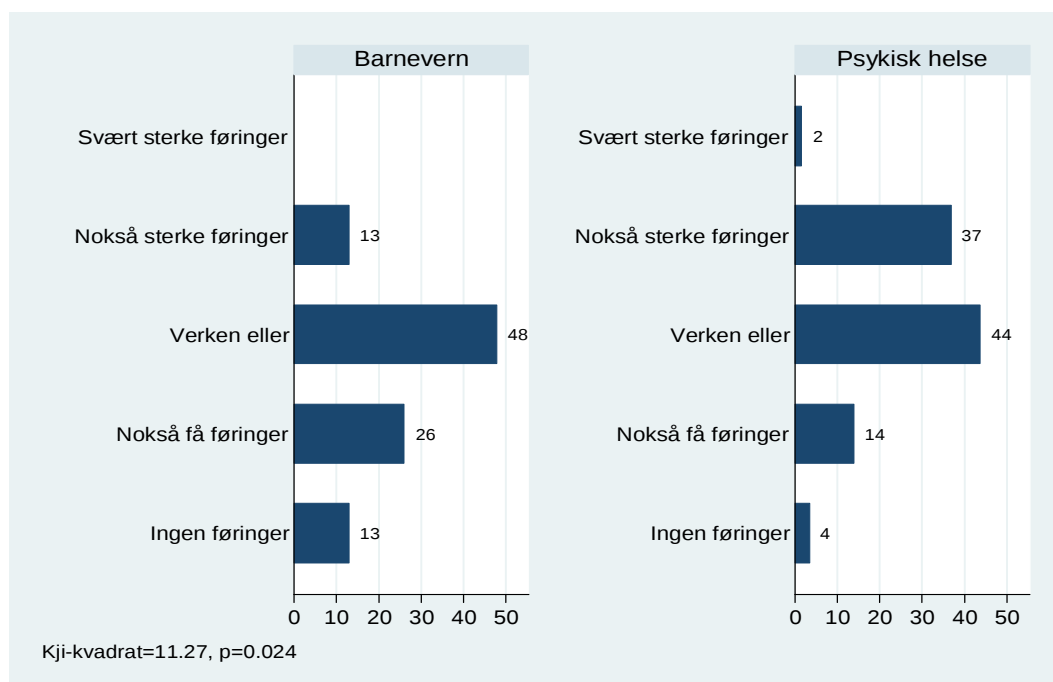


I 2008 spurte man om lokalpolitikerne spilte en rolle på dette kommunale velferdsområdet. 85 % av respondentene mente da at lokalpolitikerne ikke la store føringer på arbeidet. 38 % svarte at lokalpolitikerne var svært eller nokså lite interessert.

Nilssen konkluderte i sin analyse med at lokalpolitikerne indirekte vil ha en betydning for arbeidet med IP gjennom utvikling av tiltak som kan inngå i planen, men praktisk utforming og oppfølging av planene er forvaltningens oppgave.

Vi spurte enhetslederne om i hvilken grad de syns at den administrative ledelsen i kommunen la føringer på arbeidet med IP. Som figur 8 viser, er det signifikante forskjeller mellom barnevern og psykisk helse, ved at det er langt flere i den siste gruppen som mener at kommunen legger slike føringer. Tilsvarende er det flere innenfor barnevernet som hevder at kommunen legger nokså få eller ingen føringer på dette arbeidet. En mulig forklaring / tolkning er at IP arbeidet er langt mer forankret, historisk og institusjonelt, innen psykisk helsevern enn i barnevernet som først ble lovpålagt IP i 2009.

Figur 8: I hvilken grad vil du si at den administrative ledelsen i kommunen legger føringer på arbeidet med individuell plan? (N= 103) – Signifikante forskjeller.



Blant den administrative ledelsen mente 13 av rådmennene at det ble lagt nokså -, eller svært sterke føringer på arbeidet med IP, mens flertallet mente «verken eller» eller «nokså få». Gitt de ulike størrelsene på utvalgene, er det altså en tendens til at rådmennene mener at de som administrativ leder legger større føringer i arbeidet med IP, enn det enhetslederne selv gjør. Samtidig er det verdt å merke seg at det mest utbredte svaret blant alle tre gruppene er «verken eller».

Forpliktelsene knyttet til IP: For hvem, i hvilken grad og hvordan?

Individuell plan er et skriftlig dokument som inneholder føringer i forhold til aktuelle tjenester og tiltak, og omfang og gjennomføring av disse. Imidlertid er det ikke slik at tjenestemottakeren har rettskrav på tjenestene som planen beskriver. Særskilte vedtak om omfang og innhold i tjenester fattes etter regelverk som helse- og omsorgsloven eller barnevernsloven. Regelverket om individuell plan pålegger som regel tjenesteytere å samarbeide om planene, og på alle områder vektlegges krav til brukermedvirkning. Utover dette er det ikke krav til en spesifikk prosedyre for å utforme en plan. På hvilken måte bidrar ordningen med individuell plan til å forplikte de involverte? Funn fra våre spørreskjemaundersøkelser diskuteres opp mot Nilssens (2011) analyse av tjenesteytternes erfaringer med individuelle planer som velferdspolitisk virkemiddel.

Kommunale tjenesters forpliktelse og oppfølging av arbeidet med IP

De fleste som besvarte undersøkelsen vår mener at IP er nokså eller svært klart formulert i lover og forskrifter (30 rådmenn og 89 % av etatslederne) og oppfatter det som forpliktende for de kommunale tjenestene (rådmenn 44 % svært, 44 % nokså forpliktende). På etatsnivå er spørsmål og tall «brutt ned» på flere typer forpliktelser. På spørsmålet om IP forplikter ulike tjenesteytere til å følge opp i praksis svarer 49 % av respondentene i nokså-, og 18 % i svært stor grad. Mens henholdsvis 53 % og 28 % av etatslederne opplever IP som nokså- eller svært forpliktende for tjenestene de selv leder. IP blir altså sett på som noe personlig forpliktende innenfor de etatene respondentene selv leder, og ikke bare som noe «generelt viktig».

I begge surveyene ble respondentene bedt om å ta stilling til en rekke påstander om arbeidet med individuell plan i kommunen. Flere av disse påstandene omhandlet tilgangen til IP og kommunens oppfølging av bestemmelsene om IP. Vi understreker igjen at undersøkelsene fra 2008 og 2013 ikke er sammenlignbare, siden de er basert på ulike felt og ulike utvalg. Likevel mener vi det er interessant og relevant å se dem i forhold til hverandre.

I 2008 mente 77 % av de ansatte at påstanden om at det er tilfeldig hvilke brukere som får IP er gal. Tilsvarende mente 63 % at dette var galt i 2013, mens 19 % svarte ingen av delene og 18 % mente det var for det meste riktig. I 2008 mente 51 % av de ansatte at det var uvanlig at enkeltbrukere krevde IP. 35 % mente dette var galt. 56 % mente dette var uvanlig i 2013. I 2008 mente 24 % at IP utløser flere tjenester for brukerne, mens 49 % mente dette var galt. Tilsvarende tall for 2013 var 18 % og 43 %, mens hele 39 % svarte ingen av delene.

Ut fra disse tallene kan vi slå fast at det i all hovedsak ikke er brukerne selv som tar initiativet til å få utarbeidet en individuell plan, og at en slik plan som regel ikke medfører at brukerne får tilgang til flere tjenester. Snarere kan våre funn tolkes dithen at IP først og fremst fungerer som et koordinerende styringsverktøy for de ulike tjenesteyterne. Dette funnet er i tråd med Nilssens argument om at retten til individuell plan ikke er begrunnet i personers diagnoser, skader eller funksjonsnedsettelse, men i behovet for koordinerte tjenester (jf. kapittel 4).

Kontraktstankegangen og brukerne av IP

Nilssen (2011) hevder at IP kan sees som en kontrakt eller en måte å regulere forholdet mellom velferdsstatens tjenesteytere og brukere på. Hvis vi regner enhetslederne innenfor barnevern og psykisk helse som «velferdsstatens tjenesteytere», viser undersøkelsen vår forholdsvis bred oppslutning for dette synet: 78 % av enhetslederne som har gjennomført undersøkelsen mener at IP er nokså eller svært viktig som en kontrakt mellom tjenesteyterne og brukeren, 74 % mener tilsvarende når det gjelder forholdet mellom brukeren og kommunen, 65 % ser slike planer som en nokså eller svært viktig kontrakt mellom brukere og egen avdeling, mens 49 % mener at IP kan sees som en kontrakt mellom kommunen og statlige tjenester. Vi har ikke stilt rådmennene tilsvarende spørsmål, siden

de yter administrative heller enn velferdsstatlige tjenester, men det er grunn til å minne om de innledende tallene som vitner om både kjennskap og interesse til IP samt en oppfatning om at denne er forpliktende.

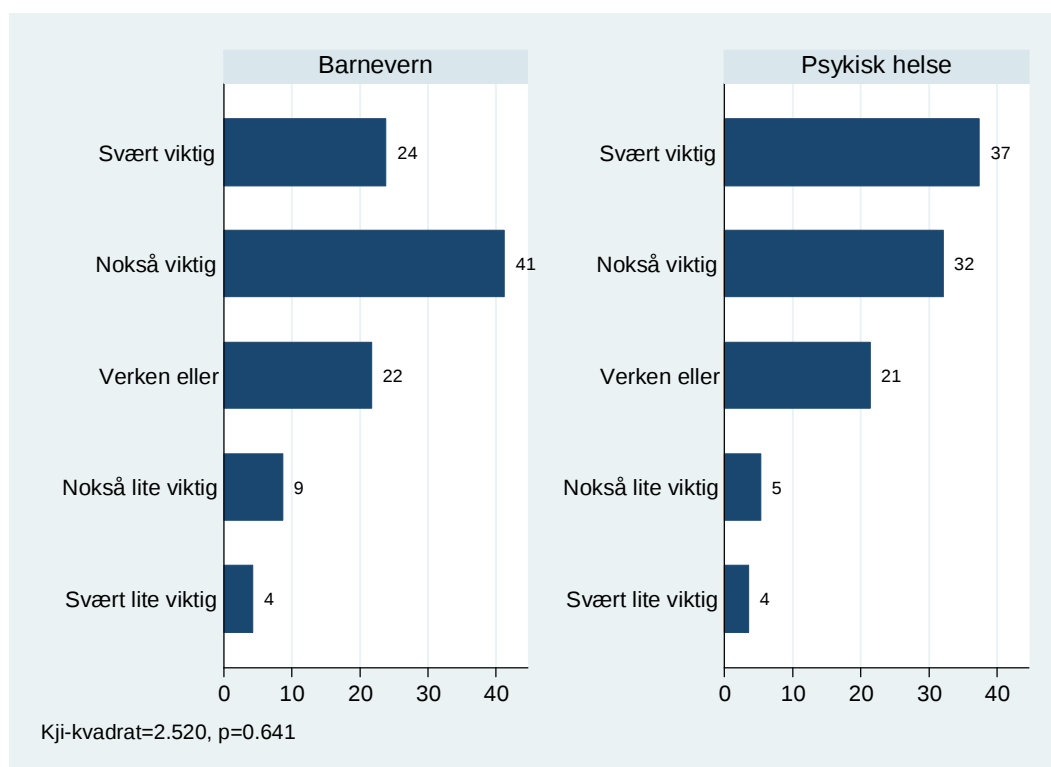
Riktignok oppgir ingen av rådmennene at IP har svært stor innvirkning på den overordnede tjenesteorganiseringen i kommunen, men 25 av dem mener at det har nokså stor (11 respondenter) eller verken / eller (14 respondenter) grad av innvirkning og mer enn halvparten mener at IP har eller vil påvirke kommunens handlingsrom når det gjelder organisering av tjenester. At kun 27 % av enhetslederne hevder at den administrative ledelsen i kommunen legger nokså få (18 %) eller ingen (9 %) føringer på arbeidet med IP kan sees i tråd med det ovennevnte funnet.

På spørsmålet om «I hvilken grad vil du si at individuell plan bidrar til å forplikte ulike tjenesteytere til å følge opp planen i praksis?» er bildet noe annerledes enn når etatslederne vurderer eget handlingsrom. 57 % av lederne innen barnevern mener at IP «i nokså stor grad» forplikter tjenesteyterne i praksis, mens tilsvarende andel innen psykisk helse er 46 %. Samtidig er det 13 % av barnevern og 23 % i psykisk helse som sier i svært stor grad. Det er med andre ord henholdsvis 70 % og 69 % i de to gruppene som mener at IP virker forpliktende på tjenesteyterne. I tillegg er det i begge gruppene 23 % som mener «verken eller». De fleste har altså en mening om at IP forplikter, men hvem og hvordan?

For å få et inntak til å besvare disse spørsmålene, går vi tilbake til Nilssen (2011) sitt poeng om at IP kan sees som en kontrakt eller en måte å regulere forholdet mellom velferdsstatens tjenesteytere og brukere på. Vi har sett at 78 % av enhetslederne som har gjennomført undersøkelsen mener at IP er nokså eller svært viktig som en kontrakt mellom tjenesteyterne og brukeren, 74 % mener tilsvarende når det gjelder forholdet mellom brukeren og kommunen, 65 % ser slike planer som en nokså eller svært viktig kontrakt mellom brukere og egen avdeling, mens 49 % mener at IP kan sees som en kontrakt mellom kommunen og statlige tjenester.

Imidlertid er det kun når det gjelder hvorvidt IP kan sees som en kontrakt mellom ulike tjenesteytere og brukeren at det er signifikante forskjeller mellom de to tjenesteområdene. Figur 9 viser at det er en vesentlig høyere andel av enhetslederne innen psykisk helse enn innen barnevern som vurderer dette som en «svært viktig» kontrakt (henholdsvis 37 % mot 24 %). Samtidig karakteriserer hele 41 % av barnevernslederne denne kontrakten som «nokså viktig», mens den tilsvarende andelen for ledere i psykisk helsevern er 32 %. Ved å addere «svært -» og «nokså viktig» innenfor den enkelte tjenesten, ser vi uansett at flertallet av enhetslederne oppfatter IP som en forpliktende kontrakt mellom brukeren og tjenesteyterne rundt (65 % i barnevern og 69 % i psykisk helse).

Figur 9: I hvilken grad ser du på individuell plan som en kontrakt mellom ulike tjenesteytere og brukeren? (N=103) – signifikant på 10 % nivået.



Initiering og oppfølging av arbeidet med IP opp i kommunene

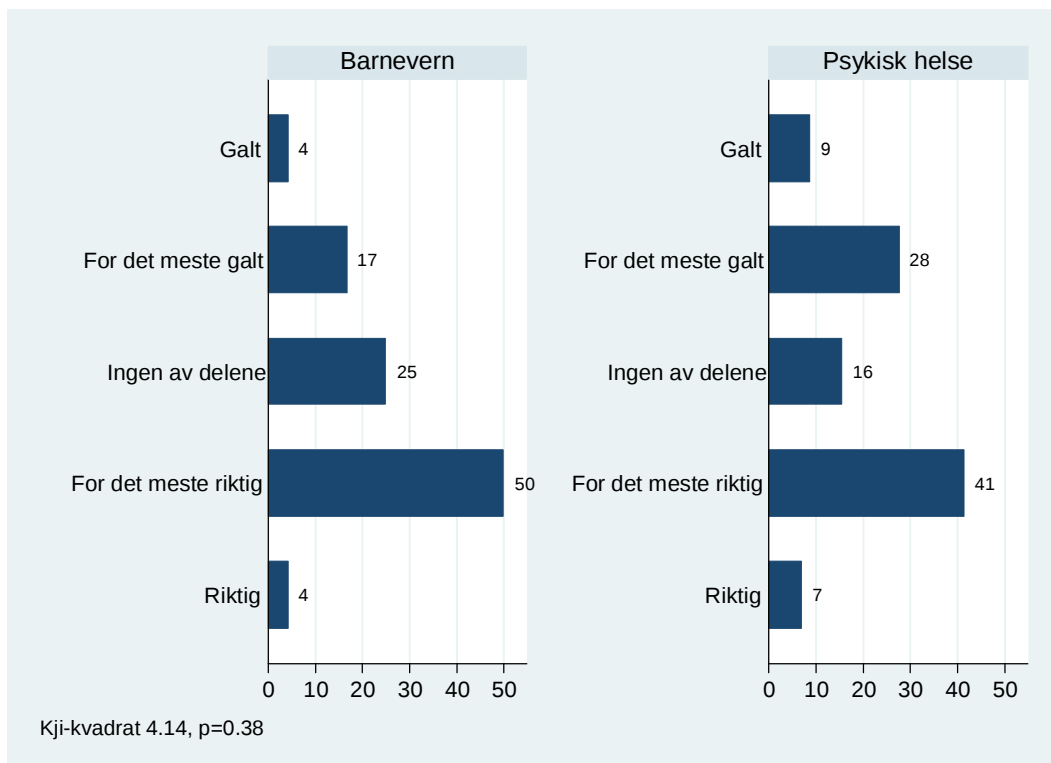
Som nevnt i analysen av forankring la rapporten fra helsedirektoratets konferanser om IP i 2008 vekt på tre forhold som man mente var avgjørende for å lykkes i arbeidet med IP. I tillegg til politisk og administrativ forankring og systemansvar påpekte man betydningen av å se og høre brukerne, og viktigheten av å løfte fram koordinatorrollen. I denne rapporten er vi mest opptatt av IP som et styrings- og koordineringsverktøy, altså som en måte å regulere forhold mellom ulike forvaltningsnivåer, yrkesprofesjoner, brukerne og tjenesteapparatet. Det er altså koordinering som et verktøy – og ikke koordinatorene selv – som er det primære fokuset. Likevel har vi inkludert en del spørsmål om selve koordinatorrollen i undersøkelsen, noe som altså også understrekes i offentlige rapporter. Vi vil se dette i forhold til hvordan IP initieres og følges opp i kommunene.

Vi var opptatt av å undersøke hvilke faktorer respondentene mente var viktig for å få tilgang til en individuell plan, og hvilke faktorer som de mente virket inn på planens innhold. Vi søkte å få svar på dette via en rekke påstander i spørreskjemaet som vi ba respondentene ta stilling til. Tilsvarende spørsmål ble stilt i 2008-undersøkelsen.

Funn fra 2008 viser at en 45 % av de kommunalt ansatte respondentene mente saksbehandleren spilte en rolle for innholdet i planen. 29 % mente det var galt at innholdet i IP var avhengig av hvem som var saksbehandler. I vår survey svarte 39 % av de kommunale lederne at saksbehandleren spilte en rolle for innholdet i planen, mens 35 % mente det var galt. I 2008 var tilsvarende tall for de kommunalt ansatte respondentene 45 og 29 %. I 2013

mente rundt 30 % at oppfølgingen av IP avhenger av kommunale ressurser, mens 57 % anså dette som en gal påstand. Også i 2008 var det rundt 30 % som mente at ressursituasjonen hadde betydning, mens 45 % mente dette var galt. I forlengelsen av dette spurte vi også etatslederne om oppfølgingen av individuell plan er avhengige av kommunens tilgang på faglig kompetanse. Som det fremgår av figur 10 er det ingen signifikante forskjeller mellom de to yrkesgruppene i vurderingene av dette.

Figur 10: Oppfølgingen av individuell plan er avhengig av kommunens tilgang på faglig kompetanse.



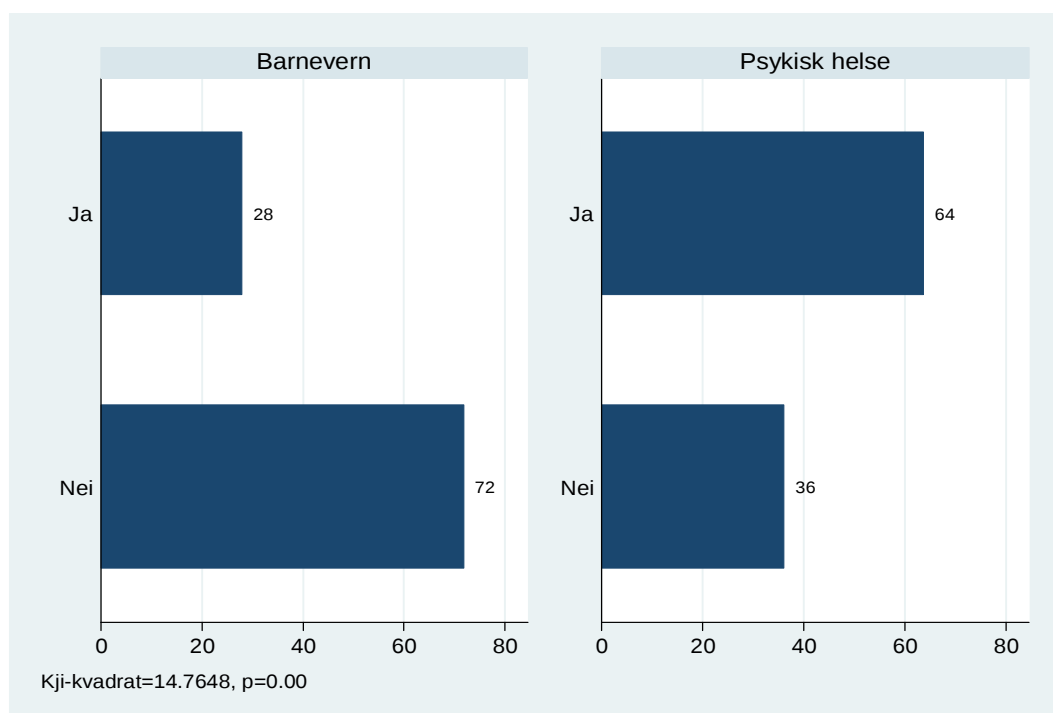
Flertallet både innen barnevernet og psykisk helse mener at dette for det meste er riktig, noe som er i tråd med funnene fra undersøkelsen i 2008 (Nilssen 2011). Imidlertid er det flest respondenter innen barnevern som mener at oppfølgingen er avhengig av tilgangen på faglig kompetanse. Tilsvarende er det flest innen psykisk helse som mener at dette er galt eller for det meste galt. Det er vanskelig å gi noe entydig tolkning av disse forskjellene, særlig siden de ikke er statistisk signifikante, men igjen er det nærliggende å se forskjellene i sammenheng med at de to sektorene har hatt ulik «fartstid» i bruken av IP. Siden IP ikke har vært lovpålagt like lenge innen barnevern som psykisk helsevern, kan vi se for oss at barnevernet har større behov for faglig kompetanse for å få implementert ordningen og dermed tenderer mot å fremheve betydningen av fagfolk.

Samtidig ser vi at en betydelig andel på begge feltene ikke har noe mening om dette (det vi si svarer «ingen av delene» eller synes det er galt eller for det meste galt). Det er vanskelig å gi noe entydig tolkning av dette. Det kan være et uttrykk for at arbeidet med IP går sin gang uansett, altså at IP ikke nødvendigvis er så profesjonalisert og formalisert. En annen tolkning er at fagfolkene ikke nødvendigvis er så involverte i IP, alternativt at

respondentene oppfatter at de har de fagfolkene som trengs, noe som gjør spørsmålet om kompetanse mindre relevant.

En tydelig koordinatorrolle blir altså understreket som en viktig faktor for å lykkes i arbeidet med IP. Hvordan er koordinatorerfaringene i vårt utvalg, og i hvilken grad er det sammenheng mellom denne erfaringen og ledernes kjennskap til IP? Hva mener respondentene er viktige egenskaper for de som skal koordinere arbeidet med IP? Blant etatslederne i utvalget vårt var det 47 % som selv hadde vært koordinator for brukere med individuell plan. Samtidig oppga 50 % at de som leder er nokså mye (36 %) eller svært mye (14 %) involvert i arbeidet med individuell plan. Ikke overraskende er det forskjeller mellom de med og uten koordinatorerfaring ved at de som har vært koordinator har mer kjennskap til lovens bestemmelser om IP enn de som ikke har vært det. Forskjellene er imidlertid ikke statistisk signifikante, og det ser heller ikke ut til at de som selv har vært koordinator har andre synspunkter enn respondentene uten denne erfaringen. Samtidig viser figur 11 at en betydelig større andel av respondentene innenfor psykisk helse har erfaring som koordinator (64 prosent mot 28 prosent i barnevernet).

Figur 11. Koordinatorer etter sektor (N=115).



I surveyen fra 2008 ble respondentene spurt hvor viktige ulike typer av egenskaper var for en koordinator. Den gang fremhevet samtlige (N= 174) at samarbeidsevne var svært/ nokså viktig, mens det å sette seg inn i brukerens behov og å ha initiativ og / eller arbeidskapasitet også ble trukket frem av henholdsvis 99 % og 96 % av utvalget. Også ærlighet og pålitelighet, samt evne til å løse konflikter ble fremstilt som viktige egenskaper. Det å ha markerte holdninger, faglig spesialistkompetanse eller ha tidligere erfaring som koordinator ser ut til å være mindre viktige egenskaper – relativt sett (hhv. 36, 43 og 53 % av utvalget av utvalget mente at dette var svært eller nokså viktig).

Samtidig er det stor spredning blant respondentene når vi i 2013 spør om hvorvidt innholdet i en IP avhenger av hvilken saksbehandler som er ansvarlig for utformingen. 40 % synes at dette er riktig / for det meste riktig, 34 % synes det er galt / for det meste galt, mens de resterende svarer «ingen av delene». At respondentene har relativt sterke, men divergerende, oppfatninger rundt dette spørsmålet, leder oss over til mer generelle utfordringer og muligheter knyttet til IP som styringsverktøy. Dette er tema for sjette og siste kapittel.

6. Individuell plan: Utfordringer for kommunal ledelse?

Oppsummering og konklusjon

Denne rapporten er en evaluering av ordningen med individuell plan som styringsredskap i kommunene. Undersøkelsen er gjennomført av Uni Rokkansenteret på vegne av Kommunal- og Regionaldepartementet, og tar utgangspunkt i at ordningen med rett til Individuell Plan for brukere med langvarige og sammensatte behov bidrar til å regulere ulike sider ved relasjonen mellom brukere og velferdstjenestene, særlig på det kommunale nivået.

Bestemmelsene som er nedfelt i ulike lovverk medfører en vektlegging av individuelle rettigheter og sammenheng i tjenestene som kan virke inn på forholdet mellom styringsnivåene og kommunenes organisasjonsfrihet. Det er derfor relevant å undersøke hvordan kommunale ledere erfarer lovpålegg om IP som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester, slik vi har gjort i dette prosjektet. Vi har studert individuell plan som et samordningsverktøy og styringsvirkemiddel som staten har i forhold til kommuner og fylkeskommuner. Problemstillingene berører hvilke utfordringer kommunene erfarer med ordningen, og hvorvidt og hvordan lovpålegg om IP påvirker administrativ ledelse og samordning i kommunene.

Analysen er basert på dokumentmateriale i form av lovbestemmelser og statlige tilsynsrapporter. Vi har videre foretatt en kunnskapsoppsummering av relevant norsk forskning på området. I tillegg har vi benyttet data fra en nettbasert surveyundersøkelse til administrasjonsledere og enhetsledere i barnevern og psykisk helsetjeneste i utvalgte kommuner. Dette er igjen sammenholdt med funn fra en tidligere gjennomført spørreskjemaundersøkelse fra 2008. Samlet sett gir de ulike datakildene et godt oversiktsbilde over hvordan IP oppfattes som styringsredskap i kommunene.

1. Bestemmelsene om Individuell plan

De to tjenestefeltene ble valgt ut fordi de representerer ulik grad av regulering gjennom bestemmelsene om IP. Barnevernstjenesten har tung lovbasert forankring og klart definerte krav i forhold til samordning, koordinering og brukermedvirkning. Vi kontrasterte dette til et felt med mindre definerte krav i forhold til individuell plan, psykisk helsetjeneste for voksne. Slik fikk vi for frem variasjonsbredden i hvordan IP kan innvirke på organisering, koordinering og styring.

Noen av våre funn viser ulikheter mellom disse to områdene av kommunal tjenesteyting. Dette kan muligens relateres til forskjellene i lovregulering mellom disse feltene, men kan også tolkes i lys av ulike organisatoriske forhold, trekk ved målgruppene og ikke minst det forholdet at bestemmelser om individuell plan ble innført på ulike tidspunkt på de to tjenesteområdene: Rett til individuell plan ble innført gjennom endringer i lov om psykisk helsevern i 2001, mens barnevernsloven innførte bestemmelser om IP i 2009.

2. Statlige tilsyn og IP som styringsredskap

For å skaffe oss oversikt over mulige styringsutfordringer knyttet til Individuell plan gjennomgikk vi statlige tilsynsrapporter på de relevante områdene samt en analyse av statlig tilsyn gjennomført i 2008. Oversikten over bestemmelsene om IP og gjennomgangen av tilsyn om IP på de to aktuelle områdene tjenester for voksne med psykiske lidelser og barnevernsbarn gjorde at vi kunne observere følgende:

- En rekke tilsyn fokuserte fra 2002 på anvendelsen av individuell plan som ett av flere kriterier for å vurdere samhandlingen mellom tjenestenivå for mennesker med psykiske lidelser.
- IP i barnevernet er en ny ordning, og tilsyn på dette området har vektlagt samordning av tjenestene mer allment.
- Erfaringer fra tilsyn og evalueringsstudier viste at individuell plan mange steder og for mange pasienter ikke var tatt i bruk som det samarbeids- og planleggingsverktøyet det er ment å være.
- Det var ulikheter i hvor langt kommuner og helseforetak hadde kommet i utarbeidingen av IP.
- Tilsynsmyndighetene vektla at det ikke nødvendigvis er tilstedeværelsen av selve planen som er avgjørende, men at de funksjoner og prosesser som individuell plan legger opp til er ivaretatt.

3. Kunnskapsoppsummering

Gjennom kunnskapsoppsummeringen har vi dannet oss oversikt over relevant forskning, både for å få en oppdatert oversikt over forskning på IP og som en bakgrunn for analyser av eget materiale. Oppsummeringen belyser det organisatoriske og administrative nivået, ikke brukererfaringer og helse. I og med at retten til IP ble hjemlet i helselovgivningen i 2001, er det litteratur fra det tidspunktet og fremover som tas opp. Metodisk har vi søkt opp litteratur via «snøballmetoden» og web-baserte (litteratur) søk via Google, Google Scholar og BIBSYS.

Ut fra denne oversikten har vi kunnet konstatere følgende i relevante forskningsbidrag:

- Forskningen på IP har i særlig grad har konsentrert seg om brukererfaringer og/eller koordinatorene (yrkesprofesjoners) erfaringer rundt samarbeid – og er altså mer rettet inn mot praksis- og pårørendefeltet enn mot IP som et styrings- og koordineringsverktøy.
- Individuell plan kan lett bli et nytt navn på en etablert praksis, fordi nye
- organisasjonsoppskrifter i en etablert organisasjon får gjerne en utforming som er tilpasset eksisterende kompetanse og erfaring

- Organisatoriske forhold på kommunenivået ses som en av flere forklaringsfaktorer på den lave utbredelsen av IP.
- Studier viser at kommunene mener at IP bidrar sterkt til samordning og tilpasning av tjenester, men IP er et ressurskrevende verktøy og det er vanskelig å involvere alle aktuelle tjenester
- Ganske mange kommuner har i praksis har liten erfaring med å utvikle individuelle planer for sine innbyggere, spesielt barn og unge.
- Mange kommuner har ikke oversikt over behovet for individuelle planer blant sine innbyggere, og oversikten over behovene hos barn og unge dårligere enn tilsvarende hos voksne
- IP er en reform med ambisiøse mål, men heller svake virkemidler

4. Surveymaterialet

Surveymaterialet utgjør det tredje elementet i evalueringsprosjektet, og hensikten var å få innsikt i kommunale lederes erfaringer med IP som styringsredskap. Våren 2013 ble det sendt elektronisk survey til rådmenn og ledere for barnevern og psykisk helsetjeneste for voksne i 100 norske kommuner. Svarprosenten var som vanlig ved slike undersøkelser, ikke særlig høy. Likevel gir materialet verdifull informasjon, særlig når det suppleres med de øvrige funnene i undersøkelsen og med funn fra en spørreundersøkelse rettet til ansatte i norske kommuner i 2008. En rekke spørsmål var felles både for 2008-undersøkelsen og 2013-undersøkelsen. Imidlertid var enhetsledernes skjema mer omfattende enn skjemaet rådmennene mottok, siden vi antok at lederne av resultatenheter hadde mer direkte kjennskap og erfaringer med IP som styringsverktøy enn øverste administrative leder i kommunene. Svært få rådmenn svarte på undersøkelsen, noe som i seg selv kan betraktes som et funn og gir en pekepinn om at kommunens administrative ledere i begrenset grad ser på forhold knyttet til IP som et relevant område.

Gjennom surveymaterialet belyser vi fire sammenvevde men analytisk atskilte tema:

- a. Forankring og ansvarsdeling i kommunene mht. implementering av individuell plan
- b. Samarbeid om individuell plan mellom tjenestefelt, tjenestenivå og kommuner
- c. Individuell plan og kommunal handlefrihet
- d. IP som forpliktende virkemiddel overfor brukerne

Vi finner følgende:

a. Forankring og ansvarsdeling i kommunene

- De fleste som besvarte undersøkelsen mener de har god kunnskap om IP, men her er det signifikante forskjeller mellom sektorene. Ledere for psykisk helsetjeneste mener de har større kjennskap enn barnevernslederne.
- Rådmenn er interessert i IP, men lite involvert i arbeidet.
- Rådmennene selv oppgir at de har større kunnskap og interesse for IP enn hva etatslederne oppfatter at de har.

- Halvparten av enhetslederne er involverte i arbeidet med IP.
- Mange aktører er involvert i arbeidet med IP og etatslederne trekker frem brukeren selv som den som i flest tilfeller er involvert.
- Særlig fastlege og representanter for spesialisthelsetjenesten nevnes som aktører som er vanskelig å få til å stille på ansvarsgruppemøter.

b. Samarbeid om individuell plan mellom tjenestefelt, tjenestenivå og kommuner

- En tredjedel av rådmennene mente at IP virker inn på overordnet tjenesteorganisering i nokså stor grad.
- Mange enhetsledere mener IP er et viktig koordineringsverktøy både innad i tjenesten og mellom tjenestenivå.
- Flere ledere i psykisk helse enn barnevernsledere mener bruk av IP har blitt et viktigere koordineringsredskap i løpet av de siste årene.
- Enhetslederne oppfatter at IP har mer å si i forhold til å forplikte ulike typer av tjenesteytere, enn at det innvirker på deres eget praktiske handlingsrom til å organisere tjenestene.
- Den administrative ledelsen i kommunen la føringer på arbeidet med IP, og langt flere ledere i psykisk helsetjeneste mener at kommunen legger føringer på arbeidet med IP enn innenfor barnevernet.
- Ledere i barnevernet er mer samstemte om at IP primært er en ny term på en etablert praksis enn ledere innenfor psykisk helse.

c. Individuell plan og kommunal handlefrihet

- De fleste som besvarte undersøkelsen vår mener at IP er nokså eller svært klart formulert i lover og forskrifter, og oppfatter det som forpliktende for de kommunale tjenestene.
- De færreste mener at IP reduserer handlefriheten.
- Mer enn halvparten av rådmennene mener at IP har eller vil påvirke kommunens handlingsrom når det gjelder organisering av tjenester.

d. IP som forpliktende virkemiddel overfor brukerne

- IP fungerer først og fremst som et koordinerende styringsverktøy for tjenesteyterne
- Flertallet av enhetslederne oppfatter IP som en forpliktende kontrakt mellom brukeren og tjenesteyterne, men en vesentlig høyere andel av enhetslederne innen psykisk helse vurderer dette som en «svært viktig» kontrakt

Litteraturliste

- Andersen, H.W. (red.) (2005): *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*. Sintef Helse Rapport 3/05.
- Bjerkan, J., M. Richter, A. Grimsmo, R. Hellesø og J. Brender (2011): «Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law» i *Journal of integrated care*, Vol X, Jan–Mar 2011.
- Brandsæg, B.A. (2006): *Evaluering av forsøk med interkommunale barnevern*. Rapport nr. 229 2006, Telemarksforskning-Bø.
- Christensen, D. A (2004): *Velferdsstat, rettighetslovgivning og lokalt selvstyre*. Rokkannotat 19-2004. Bergen.
- Christensen, D.A. (2010): *En analyse av landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester (2005): minstekrav og kommunal variasjon*. Uni Rokkansenteret: Upubl. manus.
- Grut, L. (2008): *Erfaringer ved bruk av individuell plan. En litteraturoversikt*. Sintef Helse, rapport nr 6178.
- Hansen, G.V. (2007): *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i psykisk helsearbeid*. Doktoravhandling, Karlstad Universitet.
- Haugen, K.F. og A. Almvik (2009): «Drømmehjelpa – finnes den?» i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 04/2009.
- Helgesen M.K. (2006): *Mange vil ha alt, andre vil ikke ha noe. Om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene*: NIBR-notat 2006: 129.
- Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret (2009): *Jeg har en plan! Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan*. Rapport 01/2009.
- Helsedirektoratet (2011): *Kartlegging av individuelle planer i alle landets kommuner*. Rapport, Rambøll Management Consulting.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1991): *Lov om sosiale tjenester m.v. (Sosialtjenesteloven)*, Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999): *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasientrettighetsloven)*, Oslo.
- Helsetilsynet (2005): *Veileder for landsomfattende tilsyn 2005. Kommunale helse- og sosialtjenester*.
- Helsetilsynet (2006): *Et stykkevis og delt tjenestetilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester*. Rapport fra Helsetilsynet 3/2006.
- Helsetilsynet (2007): *Veileder for Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser*.
- Helsetilsynet (2008): *Individuell plan – fra motvilje i spesialisthelsetjenesten til velvilje uten gjennomføringsevne i kommunene*.
- Helsetilsynet (2008): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser. Rapport fra Helsetilsynet 3/2008*.

- Helsetilsynet (2009): *Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid - Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2008 med kommunale helse-, sosial- og barnevernstjenester til utsatte barn (pdf) Rapport fra Helsetilsynet 5/2009.*
- Helsetilsynet (2012): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern – undersøkelse og evaluering. Rapport fra Helsetilsynet 2/2012.*
- Holck, G. (2004): *Kommunenes styring av komplekse oppgaver: kommunal tverretattlig tjenesteyting overfor barn og unge med funksjonsnedsettelse.* Phd-avhandling, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.
- Holum, L.C. (2010): «Individuell plan som verktøy for brukermedvirkning: En evaluering», i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol. 47, nummer 4, 2010, side 326–328.
- Holum, L.C. (2012): «It is a good idea, but...» A Qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care» I *International Journal of Integrated Care*. Vol 12, Jan–Mar 2012.
- Humerfelt, K. (2012): *Brukermedvirkning i arbeidet med individuell plan, Anerkjennelse og krenkelse.* Phd-avhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.
- Indreshøvd, K.E. (2008): *Utfordringer i psykososialt koordineringsarbeid. En studie om bruk og administrering av IP og Ansvarsgrupper.* Masteroppgave i spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.
- Johansson, H. og M. Eklund (2003): «Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care» i *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17 (4), 339–346.
- Kjelleevold, A. (2005): *Retten til individuell plan* (2. utgave). Fagbokforlaget, Bergen.
- Myrvold, T.M. og M.K. Helgesen (2009): *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning.* NIBR-rapport 2009:4.
- Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (2007): *Individuell plan = brukers plan. Kjapp innføring for fagfolk og brukere.* www.mestring.no.
- Nilssen, E. (2011): «Kommunal iverksetting av retten til individuell plan» i *Tidsskrift for velferdsforskning* vol. 14, nr. 2, 2011, s. 79–94.
- Nilssen, E. og N. Kildal (2009): «New contractualism in social policy and the Norwegian fight against poverty and social exclusion» I *Ethics and Social Welfare* 3 (2): 303–322.
- NOU 2003:19: *Makt og demokrati. Sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen.* Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet.
- Ramsdal, H. (2004): «Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnene – noen organisasjonsteoretiske perspektiver» i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 1(2), 5–17.
- Ringdal, Kristen (2001) *Enhet og mangfold.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Røhme, K., T. Hatling og E. Lidal (2006): Individuell plan – ambisiøse mål, men svake virkemidler? I *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Vol.9, No.3, 2006, s. 148–158.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006: Status 2003.* Oslo.
- Storli, A.d (2010): *IP – et verktøy for brukermedvirkning og samhandling? Et systemperspektiv på bruk av individuelle planer for ungdom med behov for langsiktige og samvirkende tjenester – i*

overgang til voksenliv. Masteroppgave, Institutt for helsevitenskap og sosialt arbeid. NTNU, Trondheim.

St.meld. 12 (2011–2012): *Stat og kommune – styring og samspel. Kommunal- og regionaldepartementet.* Oslo.

St.prp. 1 (2004–2005): *Statsbudsjettet. Moderniseringsdepartementet,* Oslo.

Sverdrup, S. L.B. Kristofersen og T.M. Myrvold (2005): *Brukermedvirkning og psykisk helse.* NIBR rapport 2005:6. Oslo.

Thommesen, H., T. Normann og J.T. Sandvin (2006): *Individuell plan. Et sesam, sesam?* Kommuneforlaget, Oslo.

Tosterud, A. (2007): *Teknologidrevet samhandling i offentlig sektor – en case-studie av et IKT-verktøy for individuell plan.* Masteroppgave i kommunikasjonsteknologi, Institutt for informatikk, NTNU, Trondheim.