

Jeg har en plan!

Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan



Heftets tittel: Jeg har en plan!

Utgitt: 01/2009

Bestillingsnummer: IS-1672

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1672

Forfattere: Toril Bakke,
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Redaksjon: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten v/Toril Bakke,
Helsedirektoratet,
Avd.rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger
v/ May Cecilie Lossius og Rakel Johanne Solberg

Foto: Alle Illustrasjonsfoto, Colourbox.com

Innhold

Innhold	3
Forord	4
Oppsummering	5
DEL 1:	6
Innledning	
Hva vet vi om individuell plan?	8
Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011	10
Kunnskapsbasert praksis	11
Brukerkunnskap	12
Erfaringsbasert kunnskap	13
Forskningsbasert kunnskap	14
DEL 2:	15
Tilbakemeldinger fra praksisfeltet – de tre viktigste momentene som må til for å lykkes i arbeidet med individuell plan.	15
Moment nr. 1: Brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt.	15
Individuell plan skaper håp og tro om et meningsfylt liv.	18
Moment nr. 2: Løft frem koordinatorrollen!.....	19
Tipsheftet Gjør det så enkelt som mulig.	19
Myndiggjøring av koordinator.	19
Betydningen av god relasjon.	21
Moment nr. 3: Arbeidet med individuell plan må forankres på politisk og administrativt nivå.	24
Tid	24
System som må være på plass.....	24
Koordinerende enhet	27
Diverse	28
Litteraturliste.....	30

Forord

Det er fortsatt mange med behov og rett til individuell plan som ikke får det. Økt bruk av individuell plan representerer derfor et betydelig potensial for å sikre helhetlige forløp med utgangspunkt i pasientens/brukerens ståsted og målsetting.

Forskrift om individuell plan er felles for kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Disse aktørenes ansvar for å sørge for at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får utarbeidet individuell plan, er beskrevet i de respektives lovverk.

I løpet av 2008 gjennomførte Helsedirektoratet 6 regionale konferanser om individuell plan. Konferansene samlet engasjerte deltakere fra alle deler av det offentlige tjenesteapparatet og brukerne. Inntrykket av at individuell plan er et strategisk verktøy for samhandling ble forsterket samt at forskriften og formålet med den er godt kjent. I oppsummeringene ble det pekt på viktigheten av at brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt. Videre at koordinatorrollen må løftes frem, med en tjenesteyter som hovedansvarlig slik forskriften krever. Og dessuten at individuell plan må forankres på politisk administrativt nivå og systemansvaret må være på plass.

Tilbakemeldingene fra deltakerne er oppsummert i denne rapporten. Jeg håper at leserne kan finne nyttig informasjon fra praksisfeltet samt inspirasjon og motivasjon til å arbeide videre med å utarbeide flere og bedre planer.

Vennlig hilsen



Bjørn Inge Larsen
Helsedirektør

Oppsummering

Det finnes per i dag mye kunnskap om individuell plan, og hvilke forutsetninger som må være til stede for at den kan bli et godt verktøy for et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud. Kunnskapen kommer fra mange kilder; brukernes egne historier, tilsynsrapporter, litteraturgjennomganger og kartlegginger, rapporter fra samhandlingsprosjekt, vitenskapelige studier og tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene. I tillegg finnes det overordnede føringer som lover, forskrifter og veiledere. Helsedirektoratet gjennomførte seks regionale konferanser om individuell plan i 2008. Et fast innslag var å innhente praksisfeltets tilbakemeldinger i forhold til hva de mente var de tre viktigste momentene som må til for å lykkes med individuell plan:

MOMENT NR. 1: Brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt

Det at brukerne *skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt* blir sett på som et av de viktigste momentene for å lykkes med individuell plan. Fra første stund må brukeren bli møtt med en holdning som viser at deres opplevelse av egen situasjon og hvilke behov de har for hjelp blir lyttet til. Betydningen av god relasjon mellom koordinator og brukeren i arbeidet med individuell plan ble fremhevet. Koordinator blir ofte brukt som betegnelse på den tjenesteyteren som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren, jfr. § 2 a i forskrift om individuell plan.

MOMENT NR. 2: Løft frem koordinatorrollen!

Et annet viktig moment - formulert på ulike måter av deltagerne, kan sammenfattes i uttrykket: *Løft frem koordinatorrollen!* Det er den enkelte fagperson som blir utnevnt til koordinator som med sin entusiasme og innstasvilje skal motivere brukerne til å tro på at

individuell plan kan sikre et koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Fordi koordinatorrollen er så sentral i arbeidet med individuell plan, understreket praksisfeltet at myndiggjøring er et viktig tiltak. Det er et ledelsesansvar å tilrettelegge forholdene for koordinatorne, slik at de har mulighet til å gjøre denne viktige oppgaven på en tilfredsstillende måte.

MOMENT NR. 3: Arbeidet med individuell plan må forankres på politisk og administrativt nivå

Praksisfeltet anbefaler at arbeidet med individuell plan forankres på politisk og administrativt nivå. Dette synspunktet sammenfaller med resultatene fra forskning når det gjelder forbedringsarbeid - forankring i ledelsen er et suksesskriterium. *Tidsperspektivet* står meget sentralt når det gjelder arbeidet med individuell plan. En klar anbefaling fra praksisfeltet er at for å lykkes må det settes av tilstrekkelig med tid slik at koordinatorne kan gjøre arbeidet med individuell plan på en best mulig måte. Det tar tid å sette seg inn i hvordan arbeidet skal gjøres, og ikke minst kan det ta tid å bygge opp en positiv relasjon til den enkelte bruker. For at individuell plan skal kunne sikre brukere som har behov for det et koordinert tjenestetilbud, anbefaler praksisfeltet at organisasjoner/virksomheter lager system i forhold til noen sentrale elementer: Utnevning av koordinator, opplæring og veiledning, og systematisk samarbeid på tvers av ulike nivå/etater og sektorer.

Praksisfeltet etterlyser en tydelig adresse i kommunen når det gjelder henvendelser i forhold til individuell plan. Dette vil kunne falle på plass når det er opprettet koordinerende enheter i alle kommuner slik forskrift om habilitering og rehabilitering krever (1).

DEL 1

Innledning

Helsedirektoratet har hatt søkelys på arbeidet med å implementere individuell plan i 2008. Arbeidet er forankret i *Nasjonalt strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)*, og *Nasjonalt strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005 – 2015)*. Et annet sentralt dokument i forhold til individuell plan er *Nasjonalt helseplan (2007 – 2010)*. Målet er at alle som har rett til og som ønsker det skal få en individuell plan.

Direktoratet har i samarbeid med lokale programkomiteer hos fylkesmennene i Rogaland, Oslo og Akershus, Nordland, Nord-Trøndelag og Finnmark, arrangert seks regionale konferanser om individuell plan. Representanter fra kommuner, fylkesmenn, NAV, Regionale Helseforetak og brukerorganisasjoner har deltatt i programkomiteene. I Helse-Nord og Helse Sør - Øst har det på grunn av geografi og størrelse blitt gjennomført to konferanser i hver region. Målet var at konferansene skulle bidra til inspirasjon i arbeidet med individuell plan.

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten har deltatt i planleggingen av konferansene og bistått med å innhente praksisfeltets erfaringer og råd i

forhold til hvordan man skal lykkes i arbeidet med individuell plan. Erfaringene som er samlet inn skal blant annet brukes til å forbedre eksisterende informasjonsmateriell.

Deltakerne på konferansen har bestått av rådmenn, koordinatore, etatsledere, politiske ledere innen helse- og sosial/barn/oppvekst, brukerorganisasjoner, enkeltbrukere, KS-regionalt, utdanningsinstitusjoner, NAV, Lærings- og mestringssentre, samt engasjerte fagpersoner fra habiliteringstjenestene, rus-sektoren, psykisk helsevern og helseforetak.

Ca. 1200 personer fra hele landet har deltatt på konferansene og har fått høre inspirerende foredrag fra personer som kjenner arbeidet med individuell plan godt, og ikke minst hørt brukernes egne historier om hvordan de opplever det å ha - eller ikke ha, en individuell plan.

Med denne rapporten ønsker vi å bringe erfaringene som er samlet inn videre til alle som har behov for, og som arbeider med individuell plan.



Ejendomsvurdering

Ejendomsnummer		Ejendommens registreringsnummer		
Matrik. nr.		10	05	
Vurderet areal				
Ejendommens belægningsgrad		Udbyrdsret		
SPÅA's takstnævne				
72		22	18	18
Oplysninger til brug for takstindsættelse		Vint. 1		
Dato: 11				

Ejendommen er ved den almindelige vurdering pr. 1. oktober 2007 vurderet sådan:

Ejendommen er vurderet til kr. 1.111.111,00
Kr. Grundværdi
kr. 1.111.111,00



Vurderingen er foretaget i henhold til vurderingslovens § 10 og vurderingsregulativets § 1. Vurderingen er foretaget af SPÅA's takstnævne, som er sammensat af repræsentanter for ejendomsbesiddere og kommunen. Vurderingen er foretaget på grundlag af de oplysninger, som er tilgængelige i matrikelregisteret og i den offentlige ejendomsregister. Vurderingen er foretaget på grundlag af de oplysninger, som er tilgængelige i matrikelregisteret og i den offentlige ejendomsregister. Vurderingen er foretaget på grundlag af de oplysninger, som er tilgængelige i matrikelregisteret og i den offentlige ejendomsregister.

*"Individuell plan er en **rettighet** for pasienter/brukere som har **behov** for langvarige og koordinerte **tjenester**."*

Hva vet vi om individuell plan?

Individuell plan er en rettighet for pasienter/brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Retten er uavhengig av diagnose og alder og gjelder selv om brukeren mottar tjenester fra kun ett forvaltningsnivå, for eksempel kommunen. Hvis det er behov for koordinering skal det lages en individuell plan.

Individuell plan ble rettighetsfestet i Lov om pasientrettigheter 1. januar 2001, og omfatter dermed brukere både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ved en endring i forskrift om individuell plan i 2005, fikk også brukere i sosialtjenesten rett til individuell plan (2). Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen rettighetsfestet individuell plan i 2006. Mange pasienter/brukere har per i dag fått utarbeidet slike planer, men vi har ingen nasjonale tall på hvor mange som har behov for individuell plan. Vi har heller ingen tall på hvor mange som har behov for individuell plan og som ikke får det. Flere tilsynsrapporter og kartlegginger indikerer at arbeidet med individuell plan har et stort forbedringspotensial.

Her er noen tall:

- Nesten 1/3 av kommunene oppfylte ikke lovkravene knyttet til arbeid med individuell plan i et landsomfattende tilsyn i 2006.
- Riksrevisjonen dokumenterte i 2007 at av 220 journaler i barne- og ungdomspsykiatrien kunne det i bare 3 % av journalene dokumenteres bruk av individuell plan.
- SINTEFs delrapport fra 2007 som evaluerte lavterskel helsetilbud for rusmisbrukere viste at:
- Kun 25 % av 400 brukere hadde individuell plan.
- Brukerne kjente i liten grad til individuell plan.

Statens Helsetilsyn gjennomførte i 2007 et landsomfattende tilsyn med helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser. De stilte følgende spørsmål: Var det utarbeidet individuell plan til alle



som hadde behov for det og som ønsket det? Hadde kommunene en systematisk tilnærming til å etablere helhetlige tilbud? Var tjenestemottakeren involvert, og ble arbeidet dokumentert? I nær halvparten av kommunene fant tilsynsmyndighetene forbedringsområder, og i mange tilfeller også klare brudd på regelverkskravene om individuell plan; ikke alle som hadde rett til individuell plan hadde fått tilbudet, eksisterende planer var mangelfulle, ikke oppdatert eller ikke fulgt opp.

I en av tilsynsrapportene ble følgende observert: Av de omkring 150 brukerne som hadde fått vedtak om tjenester, forelå det kun ca 30 individuelle planer. Intervjuene viste at langt flere enn disse 30 brukerne hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen manglet dessuten oversikt over hvor mange brukere som hadde rett til individuell plan, og manglet en felles forståelse for hvordan kriteriene for retten til individuell plan skulle forstås. Det var i tillegg uklarheter i forhold til hvem som hadde ansvaret for å vurdere og igangsette utarbeidelsen av individuell plan. Det ble videre påvist at ledelsen i flere kommuner ikke i tilstrekkelig grad la til rette for og styre arbeidet, og at det ikke var utpekt koordinator med tilstrekkelig ansvar og myndighet til å følge opp (3).

Funnene fra tilsynsrapporter viser at selv om flere kommuner og helseforetak har kommet godt i gang, er det fremdeles mange som har et langt stykke å gå før individuell plan som rettighet er innfridd, og virker etter intensjonen.

Når det gjelder kjennskap til forskriften og formålet med individuell plan, så gjorde TNSGallup en kartlegging vinteren 2008. Et utvalg fagfolk, blant annet i koordinerende enheter i kommuner og ulike instanser i spesialisthelsetjenesten - somatikk og psykisk helsevern, ble spurt om deres kjennskap til individuell plan, slik dette er formulert i forskriften. De ble også spurt om man mente at individuell plan fremmet samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet. Nær alle respondentene svarte at de både kjente til individuell plan og at formålet var godt formulert i forskriften. I overkant av 70 % av respondentene mente at forskriften fremmet samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet (4). Dette er oppløftene tall med hensyn til at forskriften er kjent og tatt i bruk i kommuner og i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011

Det overordnede målet for rehabiliteringsstrategien er å sørge for at habilitering og rehabilitering blir riktigere prioritert i fordeling av ressursene i de ulike tjenesteområdene i kommunene og i helseforetakene.

Individuell plan er en rettighet og et tiltak som er innført for å styrke tjenestetilbudet til den enkelte gjennom koordinering og samhandling. Tiltaket fungerer i dag ikke godt nok. Strategien legger vekt på å få denne rettigheten og tiltaket til å virke i samsvar med intensjonen.

"Tiltakene skal **bygge** på relevant, pålitelig, og oppdatert **kunnskap** og **erfaring**."

Kunnskapsbasert praksis

I *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005 – 2015)*, vektlegges det at tjenester av god kvalitet må være virkningsfulle. Med det menes at tiltakene som igangsettes skal være *kunnskapsbasert* slik at de gir den tilsiktede virkningen. Tiltakene skal bygge på relevant, pålitelig, og oppdatert kunnskap og erfaring. Dette kravet påligger også arbeidet med individuell plan.

Hva er kunnskapsbasert praksis? Mange forstår dette uttrykket til å være identisk med kunnskap som er innhentet gjennom forskning. Men uttrykket favner videre enn som så. Definisjoner og modeller som brukes internasjonalt synliggjør dette. Kunnskapsbasert praksis innebærer å bruke forskningsbasert kunnskap integrert med erfaringsbasert kunnskap og brukernes preferanser og ønsker i den gitte situasjonen.

I tillegg må kunnskapen ses i lys av den konteksten/situasjonen hver enkelt pasient/bruker befinner seg i.



Figur 1. Kunnskapsbasert praksis.

Avdelingsdirektør Gro Jamtvedt i Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, har synliggjort dette i sin modell av kunnskapsbasert praksis:

Den består av tre likeverdige kunnskapsområder - erfaringsbasert kunnskap, forskningsbasert kunnskap og ikke minst brukerkunnskap/brukermedvirkning.

Brukerkunnskap

Når det gjelder individuell plan, er brukernes egne erfaringer og synspunkter -brukerkunnskapen, av stor betydning. Veileder for individuell plan 2007 presiserer at det skal tas utgangspunkt i brukernes egne mål i planarbeidet, og at det er brukeren selv og hans/hennes pårørende som best kan vurdere om planen sikrer et koordinert og helhetlig tjenestetilbud (5). Hvordan innhentes brukerkunnskapen i arbeidet med individuell plan? I første omgang som en del av samhandlingen mellom koordinator og den enkelte bruker/pasient. Men fordi dette er en sårbar relasjon – koordinatoren kan bli syk eller slutte, er det behov for at virksomhetene lager *system* for å innhente brukernes erfaringer og tilfredshet med individuell plan. Det finnes flere eksempler på slik systematisk innhenting av brukerkunnskap/tilfredshet, blant annet prosjektet *Veien til individuell plan* – VIP. Dette var et tre årig samarbeid mellom Sykehuset Telemark HF, Skien kommune og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Resultatet av prosjektet er dokumentert i rapporten: *"Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt..."* (6). Vedlagt i rapporten er et spørreskjema som kan brukes til å hente inn brukernes og de pårørendes tilfredshet med planarbeidet.

Ulike brukerorganisasjoner - Afasiforbundet, Slagrammedes forening, MS-forbundet, Parkinsonforeningen og Norsk Epilepsiforbund, har gått sammen med Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring Aker universitetssykehus HF, og laget et elektronisk opplæringsprogram om individuell plan. Programmet, som var et prosjekt, heter *Individuell plan = brukers plan*. Betydningen av å ta utgangspunkt i brukerkunnskapen når det gjelder arbeidet med individuell plan blir understreket (7). Tilbake-

meldingene på opplæringsprogrammet har vært svært positive, med stor etterspørsel etter CDer og hefte fra både brukere og tjenesteapparatet. I rapporten fremhever brukerne betydningen av å bli hørt og snakket med, og det å oppleve gjensidig tillit og god kommunikasjon med tjenesteyterne. Et annet viktig budskap fra rapporten er at jo mindre erfaren tjenesteyterne er jo mindre samsvarer brukers fokus med det tjenesteyterne er opptatt av. (8).

I den litteraturen som til nå finnes om individuell plan, tillegges relasjonen mellom koordinator og brukeren stor betydning. Arbeidet med individuell plan innebærer noe mer enn å lage et plan-dokument – det handler om dialog, tillit, samarbeid og refleksjon. Sånn sett har arbeidet mange fellestrekk med terapeutiske prosesser (9). Erfaring og forskning har vist at hvis relasjonen oppleves som god, så oppfattes også planarbeidet og selve planen som god (7,8,9,10,11).

Brukernes egne historier, slik de ble fortalt på de regionale konferansene, viser at individuell plan er et godt verktøy til å sikre et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud. I tillegg medfører arbeidet rundt planen at brukeren opplever å bli tatt på alvor, føler seg kompetente, og opplever at de i større grad mestrer det å leve med en kronisk sykdom. Pårørende forteller at de for første gang tør å slippe kontrollen fordi de vet hvem som har ansvar og hvem de kan ringe. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) – en paraplyorganisasjon for 70 medlemsorganisasjoner, er positive til bruken av individuelle planer, og viser til at deres medlemmer både etterspør og ønsker slike planer.

Erfaringsbasert kunnskap

Praksisfeltets, og ikke minst koordinatorenes erfaringer og synspunkter – erfaringsbasert kunnskap, er også viktig å bruke i arbeidet med å implementere individuell plan. Som nevnt i innledningen var innhenting av praksisfeltets erfaringer og råd i forhold til det videre arbeidet fast innslag på alle de regionale konferansene som ble avholdt i 2008. Resultatet foreligger i del to i denne rapporten.

Et fagmiljø som har hatt stor betydning når det gjelder arbeidet med individuell plan er Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR). De utviklet blant annet nasjonale nettverk som hadde fokus på individuell plan og koordinator i regi av programsatsingen *Samsynt og framsynt*. Delrapport I: *"Kjennetegn og kriterier for god praksis"*, inneholder mange anbefalinger i forhold til arbeidet med individuell plan (12).

Noen eksempler:

- Samarbeidsavtaler må inngås mellom kommunene og viktige eksterne partnere som helseforetak og NAV.
- Arbeidet med individuell plan må være tydelig forankret i ledelsen.
- Det overordnede systemansvar for arbeidet med individuell plan/personlig koordinator bør være tillagt *"Koordinerende enhet"* i kommuner og helseforetak.

Anbefalingen støttes av rapporter fra liknende samarbeidsprosjekt (6,9,10,11,13).

"ALT ER TAIMA OG TILRETTELAGT!"

- situasjonsbeskrivelse
- klar målsetning
- aktørene vet om hverandre og har sine oppgaver og planer
- inneholder ikke detaljer fra enkeltområder men gir oversikt over aktivitetene
- **det er Egon's plan**
- **...men han mangler en koordinator**



"Sist men ikke minst er **forskningsbasert** kunnskap – kunnskap som forekommer gjennom **vitenskaplige** studier, viktig".

Forskningsbasert kunnskap

Sist men ikke minst er forskningsbasert kunnskap – kunnskap som fremkommer gjennom vitenskaplige studier, viktig. Et søk i BIBSYS med søkeordet *individuell plan* sommeren 2004, ga til sammen 29 treff (9). Et søk med samme søkeord november 2008 ga 123 treff. Da noen av treffene var nevnt flere ganger i samme oversikt, sitter vi igjen med litt over 100 reelle treff i form av master- og doktorgradsarbeid, andre studentarbeider, forelesninger, bøker, rapporter og opplæringsprogram med individuell plan som tema. Økningen i antall treff viser at interessen for-, og kunnskapen om individuell plan stadig blir større. Når det gjelder forskningsbasert kunnskap finnes det per i dag 12 master-/hovedoppgaver, samt ett doktorgradsarbeid registrert i BIBSYS, og vi vet at flere er på vei.

Boken *"Individuell plan. Et sesam, sesam?"* fra 2003, som kom i ny utgave i 2008, baserer seg på en studie hvor hensikten var å finne ut om individuell plan kan være et nyttig verktøy for å sikre koor-

dinerte og sammenhengende behandlingsskjeder. Boken har blitt en klassiker når det gjelder erfaringer fra brukere, pårørende og koordinator med individuell plan. Boken beskriver blant annet de mulighetene og utfordringene som knytter seg til koordinatorrollen.(14).

SINTEF Helse foretok en litteraturgjennomgang av forskning og annen dokumentasjon i forhold til individuell plan i 2008. En konklusjon er at det per i dag kan dokumenteres at noen forutsetninger må være på plass for at planen skal oppfylle slik det beskrives i formålet. Det er blant annet behov for å utvikle felles tenkning om individuell plan, gjennomføre felles undervisning og etablere felles rutiner. Rapporten konkluderer også med at det er en positiv utvikling i praksisfeltet når det gjelder kjennskap til individuell plan og formålet med planen, men at det fortsatt er lite dokumentasjon av erfaringer med selve arbeidsprosessen rundt en individuell plan (15).

1) Anbefalingene fremkommer i kapittel 5 og omfatter områdene: Ordningen som helhet, organisasjon og ledelse, reell brukermedvirkning på individ og systemnivå, tjenesteutøvere generelt og koordinator spesielt, læring og kompetanseutvikling, og oppfølging og evaluering.

2) www.BIBSYS.no er en søkbar biblioteksdatabase som tilbyr forskere, studenter og andre enkel tilgang til publisert forskning og annen litteratur gjennom søkemuligheter og låne- og bestillingsfunksjoner.

Av praktiske og tidsmessige årsaker har det ikke vært mulig å gjennomgå alt materialet som finnes om individuell plan til denne rapporten.

DEL 2

Tilbakemeldinger fra praksisfeltet – de tre viktigste momentene som må til for å lykkes i arbeidet med individuell plan.

Praksisfeltets tilbakemeldinger har fremkommet både gjennom gruppearbeid og enkeltvise innspill på de seks regionale konferansene som ble avholdt i 2008. Deltagerne svarte på følgende spørsmål:

Hva mener dere er de tre viktigste momentene som må til for å lykkes i en individuell planprosess/med en individuell plan?

Gruppene/deltakerne skrev ned svarene på et ark som ble samlet inn. Materialet var omfattende – mange av gruppene/deltakerne hadde skrevet ned flere moment enn tre, og for å få en oversikt ble svarene i første omgang kategorisert i fem kategorier. Deretter ble svarene gjennomgått en gang til og delt inn i to hovedkategorier - individ og systemnivå, med sentrale underpunkter som brukerperspektiv og koordinatorrollen. Det ble da mulig å trekke ut de tre viktigste momentene som praksisfeltet mener må til for å lykkes i arbeidet med individuell plan. Det som har vært interessant i gjennomgangen av svarene, har vært å se praksisfeltets anbefalinger opp mot den kunnskapen vi allerede har om individuell plan. Ingen av deltakerne hadde forslag til endringer i Forskrift om individuell plan.

MOMENT NR. 1: Brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt

Det at brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt blir sett på som et av de viktigste momentene for at arbeidet med individuell plan skal lykkes. Fra første stund må brukeren bli møtt med en holdning som viser at deres opplevelse av sin egen situasjon og hvilke behov de har for hjelp blir lyttet til. *Brukeren er ekspert på eget liv og individuell plan er brukerens plan* er også synspunkt som går igjen i materialet, uansett hvor i landet resultatet har fremkommet. Brukernes synspunkter og meninger om egen situasjon må innhentes og tas hensyn til i arbeidet med å sikre et koordinert og helhetlig tjenestetilbud. Det må derfor samarbeides tett med brukeren for å få tak i hva som er deres egne mål i arbeidet. Gjennom aktiv lytting blir det mulig å skreddersy tiltak som treffer brukernes behov. Ressursene i helse- og sosialtjenesten er begrenset, og nettopp derfor er det meningsfullt å bruke tid på å få frem det som er viktigst for brukeren å få hjelp til. Praksisfeltets anbefalinger for å sikre at brukeren opplever seg sett, hørt og verdsatt:

- Brukeren trekkes aktivt inn i arbeidet med individuell plan.
- Koordinatoren har en lyttende holdning.
- Brukeren forbereder seg til møtene i ansvarsgruppen sammen med koordinatoren.
- Den individuelle planen utformes med brukerens egen ordlyd.

For å sikre at *brukeren er ekspert på eget liv og at det er brukerens plan* står i fokus i planarbeidet, kom deltagerne med følgende føringer i arbeidet med individuell plan:

- Det må sikres at bruker og eventuelt pårørende har et eierforhold til planen.
- Bruker/pårørende skal oppleve at vi er der for dem, ønsker det beste for dem og at vi samarbeider mot felles mål – brukerens mål.
- Gode relasjoner/tillit mellom bruker og fagpersoner er av stor betydning i arbeidet med individuell plan.
- Individuell plan kan hjelpe bruker til mestring og uavhengighet, og øke deres evne til å leve med sin sykdom eller funksjonsnedsettelse.
- Individuell plan er et ledd i arbeidet med å skape en tryggere tilværelse for brukerne.
- Det at individuell plan er brukerens plan må informeres om både til brukeren selv og de pårørende.
- Gjennom arbeidet med individuell plan kan brukerne få etablert tillit til at det nytter å mene noe i forhold til sitt eget behandlingsopplegg i møte med "systemet".
- Individuell plan kan være et ledd i arbeidet med å øke livskvaliteten hos brukerne og setter søkelyset på hva som skal til for å lykkes.
- Pårørende må involveres i arbeidet med individuell plan hvis det er behov for det, og hvis brukeren ønsker det.
- Individuell plan = brukers plan, og brukernes medvirkning fører til økt selvbestemmelse. i må tørre at dette skjer i praksis.
- Opplæring i arbeidet med individuell plan må omfatte både brukere og ansatte, gjerne sammen.
- Hvis brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester ikke ser hensikten med individuell plan med en gang, er det viktig å drive motivasjonsarbeid før man evt. lar planarbeidet ligge. Hvis brukeren har behov for det, må tilbudet likevel koordineres.
- Planen må være enkel og inneholde en beskrivelse av hva som skal skje i kritiske faser i brukerens liv.

Det var stor enighet blant deltagerne om at individuell plan handler om brukerens medvirkning i praksis. Men på en av de regionale samlingene ble følgende spørsmål stilt: Er det virkelig brukermedvirkning det handler om, eller skal vi begynne å snakke om *tjenestemedvirkning* i brukernes liv? Brukeren medvirker ikke i sitt eget liv - de *lever* sitt eget liv! Det å få bestemme over eget liv er en av de viktigste forutsetninger for en positiv utvikling og identitet. Personer som er i den situasjonen at de har behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester, er ofte avhengig av andres hjelp og derfor kan man ikke akseptere en passiviserende og overbeskyttende omsorg.



*"Det å oppmuntre **brukerne** til å
komme frem med sine **håp, drømmer**
og det som gjør at vedkommende får økt
livskvalitet er overordnet -
uansett tidsperspektiv og realisme!"*

Individuell plan skaper håp og tro om et meningsfylt liv

Det at individuell plan når den fungerer etter intensjonen faktisk kan bidra til å skape håp og tro om et meningsfylt liv for brukeren, ble løftet frem av flere av foredragsholderne på konferansene. Det var også kjernen i flere av de historiene som brukerne selv presenterte. For å oppnå at individuell plan er med og skaper håp og tro om et meningsfylt liv, anbefalte deltagerne at følgende tiltak iverksettes:

- Når retten til individuell plan presenteres for brukeren må dette gjøres på en positiv måte.
- Kontinuitet i relasjonen til koordinator er viktig. Det må utvikles et system i kommuner og sykehus som skaffer brukeren ny koordinator hvis vedkommende slutter.
- Det å oppmuntre brukerne til å komme frem med sine håp, drømmer og det som gjør at vedkommende får økt livskvalitet er overordnet - uansett tidsperspektiv og realisme!

At det skal tas utgangspunkt i brukerens egne mål i arbeidet med individuell plan, kan kjennes fremmed for noen. Helse- og sosialpersonell er vant til å ta ansvar og er opplært til å gjøre det de mener er til beste for brukeren. Det å ta ansvar, lage mål, planlegge og iverksette tiltak er forventet atferd både fra arbeidsgiver og brukerne selv. Arbeidet med individuell plan krever at de som skal være koordinatorene i tillegg mestrer det å ha en lyttende holdning til brukeren og overføring av myndighet: Vi skal hjelpe deg *med det som er viktigst for deg*. En utfordring som praksisfeltet er opptatt av i forhold til brukerens egne mål er - hva gjør vi hvis brukernes mål er urealistiske? For det første viser brukernes egne historier at det personalet synes er urealistiske mål faktisk kan oppnås, og for det andre er det mulig å bryte ned et hovedmål som kan synes urealistisk i delmål som er realistisk å oppnå.

MOMENT 2:

Løft frem koordinatorrollen!

Et annet viktig moment som ble formulert på ulike måter av deltagerne, kan sammenfattes i uttrykket: *Løft koordinatorrollen*. Det er den enkelte fagpersonen som blir utnevnt til koordinator som med sin entusiasme og innstasvilje skal motivere brukerne til å tro på individuell plan som et godt verktøy for å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Andre forventninger som ble løftet frem av praksisfeltet i forhold til koordinatorrollen - vedkommende må:

- ha tillit hos bruker og pårørende
- være en ryddig person som tar ansvar
- sørge for deltakelse og godt samarbeid fra andre etater, nivå og sektorer slik at brukeren får optimal hjelp
- sørge for at alle medvirkende i planarbeidet har en felles forståelse for oppgaven/planen
- være trygg i rollen som koordinator og like å samarbeide på tvers
- være egnet og motivert til oppgaven
- være advokat for brukeren og kjenne systemet godt
- vise respekt for brukeren/pårørende og samarbeidspartnere gjennom hele prosessen
- ta brukerens perspektiv innover seg
- ha respekt for brukers kompetanse i forhold til eget liv og egen situasjon
- kunne gi fra seg makt og gå inn i en veilederrolle i forhold til brukeren

Tipsheftet: Gjør det så enkelt som mulig

Helsedirektoratet har gitt ut tipsheftet "*Gjør det så enkelt som mulig*". Her løftes historiene til brukere som er i ulike livssituasjoner frem. Som tittelen sier kan koordinatorene og andre finne mye nyttig stoff her til inspirasjon når det gjelder arbeidet med individuell plan (16).

Myndiggjøring av koordinator

Praksisfeltet var opptatt av at koordinatoren må myndiggjøres. Det vil si at de må lyttes til og respekteres når de tar initiativ overfor resten av tjenestepersonellet for å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for brukeren. Det er et ledelsesansvar å tilrettelegge forholdene for koordinatorene, slik at de har mulighet til å gjøre denne viktige oppgaven på en tilfredsstillende måte. Vi ser nærmere på anbefalinger i forhold til myndiggjøring av koordinator i "moment 3" (s. 24).



Betydning av god relasjon

Deltakernes tilbakemeldinger når det gjelder arbeidet med individuell plan setter fokus på betydningen av at det er en *god relasjon* mellom koordinator og den enkelte bruker. Det at relasjonen er viktig for at arbeidet med individuell plan skal oppleves positivt for brukeren, bekreftes både i brukernes egne historier og i litteratur/forskning som er gjort på området. Likhetstegnet mellom individuell plan og brukermedvirkning tilsier at koordinators holdning til brukermedvirkning er viktig: Individuell plan er ikke den enkelte profesjons fagplan/behandlingsplan/tiltaksplan osv. Det er en ny type plan som skal ta utgangspunkt i brukernes mål og ha en høy grad av brukerdeltagelse i utformingen. Anbefalinger fra praksisfeltet når det gjelder betydningen av god relasjon.

- Glem "teknisk preik" – vær i direkte dialog med den det gjelder, brukeren.
- Respekt er å virkelig lytte til svaret når du har spurt brukeren om noe.
- God allianse – full forståelse og respekt mellom partene.
- Brukerne må ta styring og fagfolk må gi fra seg styring.
- Se muligheter – ha flere alternativer dersom noe ikke lar seg gjennomføre som først planlagt.
- Forventningsavstemning mellom bruker/pårørende og tjenesteytere.

Når det gjelder det siste punktet – forventningsavstemning, er det et meget sentralt moment for å lykkes i arbeidet med individuell plan. Forskrift om individuell plan gir tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller

sosialtjenester rett til å få utarbeidet individuell plan, men gir ikke tjenestemottakeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket (2). Dette innebærer at tett samarbeid mellom sykehus, kommune, NAV og andre sentrale parter for brukeren er viktig for å sikre at man ikke lover tiltak på andre etaters vegne. Ansvarsgrupper hvor alle de aktuelle instansene er representert anbefales av praksisfeltet for blant annet å sikre at brukeren ikke opplever skuffelse hvis lovede tiltak uteblir.

I tillegg løftet en av innleiderne fra en brukerorganisasjon frem ønsket om at koordinatoren skal fungere som *drømmefanger*, i betydningen en som hjelper brukeren med å sette ord på drømmer og håp for fremtiden. Drømmefangere er små installasjoner som henges i vinduet og som - i henhold til indianske myter, hindrer mareritt i å komme inn gjennom vinduet og gode drømmer fra å fly ut.

Flere brukere har gitt uttrykk for lignende ønsker i forhold til koordinator. Denne rollen skal kombineres med det å være tydelig, god på å samarbeide og være en ryddig person som tar ansvar. Det er ikke uten grunn at flere av deltagerne både etterlyser en rolleavklaring, og vektlegger at det å være en god koordinator handler om personlig egnethet. I Forskrift om individuell plan stilles det ingen formelle kompetansekrav til de som skal være koordinator. Veileder for individuell plan 2007 stiller heller ingen formellekrav. Det understrekes at rollene profesjonsnøytral og kan ivaretas av ulike yrkesutøvere ved hjelp av veiledning, opplæring og støtte fra ledelsen og systemet for øvrig.



*"– en av innleiderne fra en brukerorganisasjon
løftet frem **ønsket** om at koordinatoren
skal fungere som **drømmefanger**,
i betydningen en som hjelper
brukeren med å **sette ord** på
drømmer og håp for fremtiden ."*

MOMENT 3: **Arbeidet med individuell plan må forankres på politisk og administrativt nivå**

Praksisfeltet anbefaler at arbeidet med individuell plan forankres på politisk og administrativt nivå. Dette synspunktet sammenfaller med resultatene fra forskning når det gjelder forbedringsarbeid - god forankring i ledelsen er et suksesskriterium (17). Det å implementere individuell plan i en organisasjon/virksomhet kan ses på som forbedringsarbeid. Erfaring fra praksis når det gjelder individuell plan på systemnivå, viser at jo dårligere arbeidet er forankret i ledelsen, jo mindre sjanse er det for å lykkes.

Deltakerne anbefaler videre at arbeidet med individuelle planer legges inn virksomhetenes årsplaner/virksomhetsplaner. Toppledelsen må også signalisere en positiv innstilling når det gjelder individuell plan, og sikre at alle kjenner formålet med planen. Videre må ledelsen regelmessig etterspørre hvordan det går med arbeidet, og gi tydelige signaler ut i organisasjonen om at det skal prioriteres. Avklaring når det gjelder organisatoriske og eventuelle faglige uenigheter er også en viktig jobb for ledelsen å gjøre, samt tilrettelegge for samarbeid på tvers av etater, nivå og sektorer.

Når det gjelder et så sentralt punkt som myndiggjøring av koordinatorene, er praksisfeltets anbefaling at koordinatorenes mandat må forankres på høyt nivå i ledelsen – det vil gi legitimitet til denne viktige rollen.

Tid

Tidsperspektivet står meget sentralt når det gjelder arbeidet med individuell plan (6,9,10,11,13). En klar anbefaling fra praksisfeltet er at for å lykkes må det settes av tilstrekkelig med tid slik at koordinatorene kan gjøre arbeidet med individuell plan på en ordentlig måte. Det tar tid å sette seg inn i hvordan arbeidet skal gjøres, og ikke minst kan det ta tid å bygge opp en positiv relasjon til den enkelte bruker. Slik vi har sett i de foregående punktene, er det av avgjørende betydning at relasjonen mellom koordinator og brukeren er god. Erfarne koordinatører kan fortelle at når tiltakene er satt i system, ansvaret klargjort og samarbeidet mellom de ulike instansene fungerer, så blir brukerne trygge på at de får den hjelpen de trenger, og tidsbruken går ned.

System som må være på plass

For at individuell plan skal kunne sikre brukere som har behov for det et koordinert tjenestetilbud, anbefaler praksisfeltet at organisasjoner/virksomheter lager system i forhold til noen sentrale elementer når det gjelder individuell plan. Anbefalingene er i tråd med rundskriv på området (18,19):

- 1. Utnevning av koordinator**
- 2. Opplæring og veiledning**
- 3. Samarbeid på tvers av ulike nivå/etater og sektorer**

1. System for utnevning av koordinator.

Erfaring fra praksis og fra prosjekt som har hatt individuell plan på dagsorden støtter opp under praksisfeltets anbefalinger når det gjelder det å bygge opp et system for utnevning av koordinatorene (6,12,13). Helsedirektoratet anbefaler at en slik ordning administreres av Koordinerende enhet, enten det er på sykehusnivå, eller i kommunen. Ettersom en god relasjon er så viktig for at individuell plan skal lykkes, må en ny koordinator på plass så raskt som mulig når en koordinator slutter.

2. System for opplæring og veiledning

Erfaring fra praksis og fra prosjekt som har hatt individuell plan på dagsorden viser også hvor nødvendig det er med opplæring av både koordinatorene og brukerne. Denne opplæringen kan gjøres felles for begge parter. Det må legges til rette slik at opplæringen ikke blir tilfeldige "stunt", men er del av et velfungerende system – uavhengig av om ildsjelene som brenner for individuell plan slutter (6,12,13). Som vi så i punktet som omhandlet koordinatorrollen, er det omfattende forventninger i forhold til denne funksjonen. Vi må spørre – hva trenger de som skal være koordinatorene for å kunne gjøre en god jobb? Det er en forutsetning at både brukere og fagpersoner som et minimum har kunnskap om hva formålet med individuell plan er, hva den konkret skal inneholde, og hvordan arbeidet skal legges opp for å lykkes. Det finnes pr. i dag tilgjengelige opplæringsprogram og rapporter med nyttige tips når det gjelder opplæring i individuell plan.

Noen eksempler:

Kurs i hvordan arbeide med individuell plan – nettbasert, CD og hefte:
"Individuell plan = brukers plan". Gratis kurs:
<http://www.mestring.no/>

Skriftserie fra Nordnorsk kompetansesenter-rus. Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige? Øystein Gravrok, Marit Andreassen og Terje Myller. Gratis opplæringsprogram.
<http://www.nnk-rus.no/publikasjoner.asp>



3. System for samarbeid på tvers av ulike nivå/etater og sektorer

Et system for samarbeid på tvers – utover egen organisasjon/virksomhet, er av stor betydning når det gjelder det å sikre helhetlige og sammenhengende behandlingsskjeder til beste for brukerne. En mor som fortalte om sin unge rusavhengige og somatisk syke sønn, gjorde sterkt inntrykk. Historien viste en betydelig ansvarsfraskrivelse og en total mangel på samhandling mellom de tjenestene sønnen var avhengig av. På tross av omfattende behov for et helhetlig tilbud falt han mellom alle stoler og hadde i løpet av kort tid vært i kontakt med 19 ulike instanser. Denne moren kunne ønske seg en mental langbenk hvor både hun og sønnen samt sentrale personer i behandlingsapparatet kunne sitte sammen slik at han slapp å ramle mellom alle stolene. *De fikk mange tilbud om hjelp*, men samhandling eksisterte ikke.

Deltagerne var svært opptatt av dette temaet og kom med følgende forslag til økt samhandling:

- "Vanntette skott" må bort
- det må skapes gode møteplasser
- felles opplæring og veiledning
- samarbeidsvilje i alle ledd
- hospitere hos hverandre
- felles inspirasjonsdager om individuell plan
- god samhandling gir mer effektiv ressursbruk
- spredning av de gode historiene som viser at individuell plan fungerer

Koordinerende enhet

Deltakerne etterlyste en tydelig adresse i kommunen når det gjelder henvendelser i forhold til individuell plan. Dette vil sannsynligvis falle på plass når det er opprettet koordinerende enheter i alle kommuner. Forskrift om habilitering og rehabilitering stiller krav om at slike enheter skal etableres både i kommuner, på sykehus og på regionalt nivå. De koordinerende enhetene skal sørge for at tjenester til brukeren ses i sammenheng, og at det er kontinuitet i tiltakene over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret. Enheten skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider ved planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliterings-tilbudene, og tilrettelegge for brukermedvirkning på individ- og systemnivå (20).

Et annet tiltak som deltakerne anbefalte, og som eventuelt kan legges til de koordinerende enhetene, var rutiner for å informere om rettigheter i forhold til individuell plan. Slik informasjon kan også legges ut på legekontor/venterom på sykehus og lignende.

Les om Koordinerende enhet på: http://www.helse-dir.no/vp/multimedia/archive/00059/Koordinerende_enhet__59609a.pdf

Last ned Forskrift om habilitering og rehabilitering på: <http://www.lovdatabank.no/for/sf/ho/ho-20010628-0765.html>

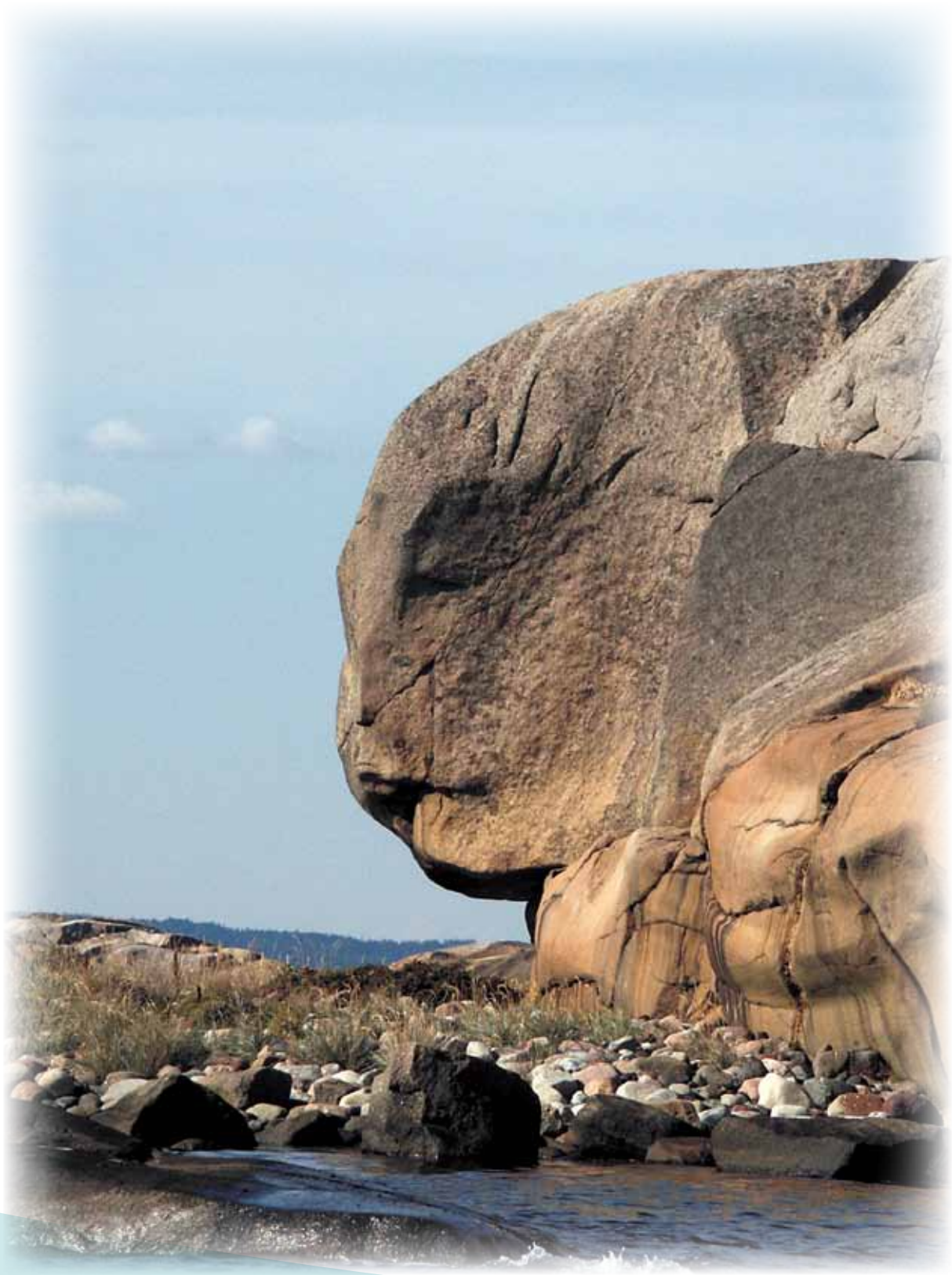
Deltakerne var også opptatt av at det er nødvendig for kommunene å få en oversikt over hvor mange av innbyggerne som hadde behov for-, og rett til individuell plan. Som tidligere nevnt finnes det pr. i dag ingen nasjonal oversikt over behovet for individuell plan, eller hvor mange som har det.

4) Helsedirektoratet har utarbeidet en brosjyre om individuell plan. Den gir en kort innføring i retten til individuell plan og retter seg hovedsak mot brukerne. Den kan bestilles på http://www.shdir.no/publikasjoner/faktahefter/individuell_plan___brosjyre_29612

Diverse

De fleste forslagene som deltagerne kom med, hører naturlig inn under de tre viktigste momentene som må til for å lykkes i arbeidet med individuell plan. Noen moment skiller seg ut, men er likevel viktige å løfte frem:

- Individuell plan er et godt verktøy for å sikre overgangen når brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester går fra å være barn til ungdom, og fra ungdom til voksen. Disse overgangene er spesielt sårbare perioder.
- Spesialisthelsetjenesten må ta ansvar og initiativ i forhold til å *starte opp* arbeidet med individuell plan for sine pasienter når de har behov for langvarige og koordinerte tjenester.
- Kommuner og andre som ikke tar ansvar for å igangsette arbeidet med individuell plan bør få dagbøter!
- Samhandling som fag må inn i høgskole-systemet når det gjelder utdanning av helse- og sosialpersonell.
- Vi trenger et nasjonalt elektronisk system slik at alle som samarbeider kan hente ut samme planmal.
- Gjøre nettbaserte løsninger kjent slik at det kan brukes aktivt både av brukere og tjenesteytere.
- Gjøre nettbaserte løsninger gratis.
- Individuell plan er et suverent redskap til å se endringer ved evaluering, viktig å evaluere regelmessig.



Litteraturliste

1. Helse- og omsorgsdepartementet (2001). Forskrift om habilitering og rehabilitering.
2. Helse- og omsorgsdepartementet (2004). *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.*
3. Statens helsetilsyn (2008). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser.* Rapport 3/2008.
4. Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Kartlegging, individuell plan tabellrapport.* TNSGallup,
5. Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Veileder til forskrift om individuell plan.* IS-1252.
6. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2007). *Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt...* Rapport fra samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Telemark HF, Skien kommune og Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.
7. Afasiforbundet, Slagrammedes forening, MS-forbundet, Parkinsonforeningen, Norsk Epilepsiforbund og Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (2007). *Individuell plan = brukers plan, gratis opplæringsprogram.* <http://www.mestring.no/>
8. Helse og Rehabilitering (2004). *Individuell plan = brukers plan.* Sluttrapport, prosjektnr. 2004/3/002.
9. Bakke, T. (2005). *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter.* En kvalitativ studie av hvordan det oppleves for personer med alvorlige psykiske lidelser å delta i utarbeidelsen av sin egen individuelle plan. Masteroppgave i helsevitenskap. NTNU, Trondheim.
10. Rehab Nor (2006). *Brukeres erfaringer og opplevelser.* En undersøkelse av brukeres egne erfaringer og synspunkter. Samarbeidsprosjekt med Hørselshemmedes Landsforbund, Norges Blindeforbund og Norges Handikapforbund. Rapport 2006.
11. Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Gylne Øyeblikk.* Arbeid, deltakelse og inkludering i Samordningsforsøket. Rapport IS-1347.
12. Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) (2006). *Individuell plan – personlig koordinator. Kjønnetegnet og kriterier for god praksis.* Delrapport I 2006.
13. Stiftelsen GRUK (2006). *Rapport fra prosjekt i Skien og Porsgrunn. Koordinert hjelp for barn og unge.* Rapport nr. 1/2006.
14. Thommesen, H., Normann, T., Sandvin, J. T. utg. 2003 og 2008. *Individuell plan.* Et sesam, sesam? Oslo: Kommuneforlaget.

15. SINTEF Helse (2008). *Erfaringer med bruk av individuell plan*. En litteraturoversikt. SINTEF A6178.
16. Helsedirektoratet (2008). *Gjør det så enkelt som mulig. Tipshefte om Individuell plan*. IS 1544. 04/2008.
17. Institute for Innovation and Improvement, National Health Service (2004). *Sustainability*. Les mer om guiden på: http://www.institute.nhs.uk/sustainability_model/introduction/find_out_more_about_the_guide.html
18. Helse- og omsorgsdepartementet (2004). *Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan*. Rundskriv I-3/2004.
19. Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning*. Rundskriv I-5/2008.
20. Sosial og helsedirektoratet (2008). *Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Synlig og brukerrettet*. IS – 1530/0180.

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

