

Individuelle planer med fokus på livskvalitet

Verktøy for bedre tjenesteyting og ressursutnyttelse

- Hva kan oppnås?
- Hva kreves?

Resultater fra et UoD-prosjekt i Tvedestrand kommune, finansiert av Kommunenes Sentralforbund (KS).



Rehab-Nor

Alf Reiar Berge
Øivind Lorentsen

Februar 2003

INNLEDNING

Tvedestrand kommune har gjennomført et prosjekt der målet har vært å utvikle og ta i bruk en ordning med Individuelle planer, på tvers av sektorene i kommunen og der en har tilstrebet samhandling med relevante fylkeskommunale og statlige institusjoner. Prosjektet har vært solid forankret både politisk og administrativt i kommunens øverste ledelse.

Prosjektet har vært finansiert med UoD midler fra Kommunenes Sentralforbund, og Rehab-Nor har deltatt som UoD-partner. Prosjektet har gått over 1 ½ år.

Prosjektet representerer en videreføring av Tvedestrand kommunes aktive innsats vedrørende individuelle rehabiliteringsplaner og tidligere prosjektsamarbeid med Rehab-Nor. Dette samarbeidet har innledningsvis hatt fokus på ideologisk forankring, metoder og praktiske tilnærminger innen rehabilitering. Ett av resultatene av dette har vært utviklingen av IPA tilrettelegger, som inneholder en oppsummering av grunnleggende ideologi samt veiledning, støtte- og dokumentasjonsverktøy for arbeid med individuelle planer der brukers livskvalitet settes i fokus. Videre har Tvedestrand deltatt i utprøving av IPA tilrettelegger på en avdeling på sykehjemmet¹.

I prosjektet har det vært lagt vekt på å hente fram mål som er viktige for den enkelte bruker, brukers livskvalitetsmål. Dette er mål som bidrar til å tenne livsgnist og til å fremme egen mestring. Prosjektet fokuserer på helhetlige tilnærminger, forstått som brukers helhet, på tvers av sektorer og nivå.

Viktige premisser har vært felles ideologisk forståelse, og felles metoder og praktiske tilnærminger. I gjennomføringen av prosjektet har vi benyttet oss av tilnærminger som best kan beskrives som lærestyrt utviklingsprosesser, der en har vekslet mellom opplæring, praktisk arbeid, erfaringsutvekslinger og møtesteder for refleksjoner, justeringer og oppfølging.

Rapporten redegjør for gjennomføringen av prosjektet og resultatene som er oppnådd. Det er imidlertid et mål for oss at denne rapporten skal få fram både forutsetningene for prosessen i Tvedestrand, hva som har preget prosessen underveis, hvilke utfordringer involverte parter har møtt, og lærdom og erfaringer som er høstet. Vi vektlegger også å løfte fram utfordringer som kommunen står overfor når den ennå lille planten "Individuelle planer" skal dyrkes og videreutvikles til den står fram som en sentral og naturlig del av hele kommunens tilbud og arbeidsmetodikk i kontakten med innbyggere som trenger det.

Prosjektet har hatt en omfattende organisasjon bak seg, og der det er nedlagt et betydelig arbeid av en rekke personer. Dette gjelder personer i styringsgruppen, prosjektgruppen, referansegruppen, og fremfor alt deltakerne i koordinatorteamet. Prosjektleder i Tvedestrand kommune har vært organisasjonsrådgiver Sigfrid Baasland. Sjeffysioterapeut Bente Aaby har deltatt aktivt i gjennomføringen som kommunens systemkoordinator innen rehabilitering. Seniorforsker Alf Reiar Berge har vært Rehab-Nor sin hovedperson i prosjektet.

Rehab-Nor benytter anledningen til å takke Tvedestrand kommune for et solid og interessant samarbeid. Etter Rehab-Nor sitt syn har Tvedestrand kommune lyktes svært godt i gjennomføringen av prosjektet. Det skyldes dyktig lederskap og dyktige medarbeidere.

Rehab-Nor 24. februar 2003

Øivind Lorentsen

¹ Som en av kommunene i programmet "Eldre personer, helse og livskvalitet". finansiert av Lions Nordiske Røde Fjær- Aksjon, i regi av Rehab-Nor.

INNHOOLD

1	SAMMENDRAG	1
2	UTGANGSPUNKT FOR PROSJEKTET OG LITT OM RAPPORTEN	6
2.1	Utgangspunkt for prosjektet.....	6
2.2	Litt om rapporten.	8
3	MÅLSETTING, PROBLEMSTILLINGER OG METODE	10
3.1	Hovedproblemstilling.	10
3.2	Prosjekt mål.	10
3.3	Del-problemstillinger.....	10
3.4	Metode.....	11
4	GRUNNLEGGENDE IDEOLOGI	12
5	ORGANISERING	15
5.1	Lokal prosjektleder.	15
5.2	Ekstern UoD-partner.....	15
5.3	Styringsgruppa.	15
5.4	Prosjektgruppa.	16
5.5	Referansegruppa.....	16
5.6	Ressursgruppa.	16
5.7	Koordinator-team.....	16
5.8	Systemkoordinator.....	17
5.9	Faddere.	17
5.10	Dokumentasjonsverktøy, IKT	17
6	GJENNOMFØRING	18
6.1	Søknad, lokalt oppstartinitiativ.....	18
6.2	Oppstart.	18
6.3	Etablering og sammensetning av koordinatorteam.....	18
6.4	Opplæring	19
6.5	Utvelgelse av brukere.....	20
6.6	Intervjuer med koordinatorene.	20
7	RESULTATER, ERFARINGER	21
7.1	Antall Individuelle planer, "etterspørsel".....	21
7.2	Hva har brukere gitt uttrykk for?	22
7.3	Hva mener koordinatorene?	23
7.4	Forankring i ledelsen.	25
7.5	Erfaringer i forhold til tiltaksnettverket.	26
7.6	Sosialkontorets rolle.	30
7.7	Oppfølging av koordinatorteamet.	31
7.8	Dokumentasjonsverktøy og skriftlige prosedyrer.	32
8	UTFORDRINGER	35
8.1	Forankring i ledelse	35
8.2	Gjennomgående "Individuell plan – tenkning" i kommunen	35
8.3	Utvidelse og utvikling av "koordinator-team"	36
8.4	Prioritere, redusere ventelisten for Individuell plan	37
8.5	Etterstrebe bredest mulig spekter av erfaringer	37
8.6	Permanent ordning for brukermedvirkning på systemnivå.....	37
8.7	Individuell plan som input til kommunale planprosesser	38
8.8	Individuell plan og overgangene mellom kommune, fylkeskommune og stat.....	38
8.9	"Motorfunksjon" for Individuelle planer i kommunen	38
8.10	Kritisk gjennomgang av rutiner og prosedyrer, dokumentasjonsverktøy og materiell for informasjon og veiledning.....	39
8.11	Database-basert IKT-løsning for Individuelle planer	39
8.12	Evaluerer av effekt ved Individuell plan-arbeid.....	39
8.13	En overordnet plan for de kommende tre årene	40
9	ANBEFALINGER	41
10	LISTE OVER VEDLEGG	42

1 SAMMENDRAG

Kap.1: Innledning

Utgangspunktet for prosjektet utgjøres av flere elementer:

- Kommunens tidlige engasjement i rehabilitering og moderne rehabiliteringstenkning.
- Deltakelse i Rehab-Nors prosjekter knyttet til individuelle, livskvalitetsorienterte rehabiliteringsplaner, utvikling av verktøy og tilnærming så vel som organisering. Dette prosjektarbeidet hadde vist at arbeid med slike planer innebærer betydelige utfordringer for:
 - Bruker: Tankene om brukermedvirkning, myndiggjøring og ansvarliggjøring av bruker representerer nye krav og nytt ansvar for en del av brukerne i forhold til det de tidligere har møtt.
 - Fagpersonene: Rolleendring fra ”ekspert” til ”samtalepartner”, og ansvar for samhandling med andre sektorer og nivå i utvikling og realisering av planene.
- System/organisering: Helhetlige Individuelle planer krever helhetlig samhandling, og utfordrer kommunens sektorvise organisering. Deltakelse i programmet "Eldre personer - helse og livskvalitet", der samme ideologiske tenkning, metoder og dokumentasjonsverktøy prøves ut på målgruppen eldre personer med pleie og omsorgsbehov.²
- Kommunestyrevedtak (sak 033/00) der det bl a sies: *Kommunestyret i Tvedestrand ser det som viktig at ordningen med "Individuelle planer" etableres slik intensjonen i aktuell forskrift beskriver.* Forskriften det vises til er ”Forskrift om individuelle planer” som var varslet, men som ikke ble gjort gjeldende før fra 1. juli 2001.

Kommunenes Sentralforbund innvilget sommeren 2001 midler til UoD-prosjektet ”Individuelle planer – et verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnytting”, med Rehab-Nor som ekstern UoD-partner.

Kap. 3: Målsetting, problemstillinger

Målet har vært at de ulike partene i tiltakskjeden sammen blir enige om og utvikler:

- Felles tilnærming for avklaring av brukers livskvalitetsmål.
- Felles verktøy/prosedyrer for utvikling, gjennomføring og evaluering av Individuell plan for aktuelle brukere.
- Avklaring av forutsetninger og iverksetting av løsninger for samarbeid på tvers for utvikling, gjennomføring og evaluering av Individuell plan.

Metoden har vært å starte med å sikre et felles ideologisk ståsted, og så gjennomføre det videre prosjektarbeidet som en lærestyrt utviklingsprosess.

Kap. 4: Grunnleggende ideologisk forankring

Sentralt i prosjektets verdigrunnlag står:

² Et program finansiert av Lions Nordiske Røde Fjær Aksjon, i regi av Rehab-Nor

- Verdighet er mer grunnleggende enn ferdighet. I alle brukeres ”iboende verdighet”³ ligger bl a alles rett til, plikt til og ansvar for å bestemme innhold i eget liv, så langt den enkeltes forutsetninger gjør dette mulig.
- ”Deltakelse sosialt og i samfunnet”⁴. I dette legger vi brukers ”deltakelse” i det som betyr livskvalitet for henne, innenfor de rammer ansvar og forpliktelser i samfunnet representerer.
- Fokus på individuell livskvalitet kan legge grunnlag for et liv med mening, og det kan utløse betydelige egne ressurser hos bruker.
- Individuelle planer skal forankres i det som betyr livskvalitet for bruker. Avklaring av brukers livskvalitetsmål står derfor sentralt i vårt konsept for Individuelle planer, og alle tiltak skal knyttes til disse målene.
- Bruker skal i hovedsak forholde seg til en person, en koordinator, med et overordnet ansvar for utvikling og realisering av Individuell plan. Spesielt i målavklaringen vektlegges at bruker ikke skal stilles overfor store grupper med ”ekspert”, da det først og fremst er bruker selv som representerer ekspertisen i forhold til hva som betyr livskvalitet for bruker. Ulik ”faglig” ekspertise har sin viktigste plass i utviklingen og gjennomføringen av aktuelle tiltak for å realisere brukers mål.
- Helhet: Livskvalitet er ikke inndelt i sektorer. Livskvalitetsfokus fordrer helhetlig tenkning, tilnærming og organisering.
- Å ta Individuelle planer i bruk som verktøy i tjenesteytingen vil medføre krav til systemutvikling. Slik systemutvikling bør imidlertid skje i form av en ”bottom – up”-prosess, dvs at behovene for utvikling og hva som kan være hensiktsmessige løsninger avdekkes gjennom akkumulert praktisk erfaring i konkrete enkeltsaker.

Kap. 5: Organisering

Prosjektets organisering presenteres. Det daglige utviklings- og oppfølgingsansvaret har ligget til **lokal prosjektleder**, som har vært organisasjonsrådgiver knyttet til PO (Pleie og Omsorg).

Rehab-Nor har hatt rollen som **ekstern UoD-partner**. Denne rollen har bl a omfattet oppgaver og ansvar knyttet til faglig input, systematisering og dokumentasjon av erfaringsmateriale underveis, praktisk støtte og avlastning for lokal prosjektleder etter behov, og utarbeidelse av egen projektrapport.

Prosjektet har videre vært organisert med:

- **Styringsgruppe** med ansvar for overordnet styring og oppfølging. Rådmannen har vært leder.
- **Prosjektgruppe** som et tverrsektorielt forum med ansvar for systemutvikling og implementering.
- **Referansegruppe** som et forum for erfaringsutveksling mellom prosjektet og 7 andre kommuner.
- **Ressursgruppe** med lokale ressurspersoner som prosjektleder har kunnet konsultere ved behov.

³ Formulering fra FNs menneskerettserklæring.

⁴ ”Deltaking sosialt og i samfunnet” er uttrykk hentet fra ”rehabiliteringsmeldingen”s definisjon av rehabilitering

”Deltakelse” (”Participation”) er også hentet fra ICF, ”International Classification of Functioning, Disability and Health”, WHO mai 2001.

Utviklingen av et **koordinator-team** har stått sentralt. Dette har bestått av medarbeidere fra PO pluss en fra sosialkontoret.

Systemkoordinator har vært sjeffysioterapeut. Funksjonen har vært tillagt det overordnede koordinerende ansvaret for arbeidet med Individuelle planer i kommunen.

Alle koordinatorene har hatt sin **fadder**, som har gitt veiledning og oppfølging i forhold til både grunnleggende verdispørsmål og praktisk tilnærming, arbeidsmåte og dokumentasjon. Lokal prosjektleder og systemkoordinator har delt på denne oppgaven.

Ulike **støtte- og dokumentasjonsverktøy** er utviklet og lagt på kommunens IKT-system.

Kap. 6: Gjennomføring

Søknad om finansiering ble sendt KS i mai 2001, og finansiering ble innvilget i juli samme år. Tverrsektorielt oppstartmøte ble gjennomført i september, og det ble etablert en koordinatorgruppe som gjennomgikk innledende opplæring over 4 x 4 timer i februar 2002. Disse har også møttes noen ganger i løpet av prosjektperioden for kollegabasert veiledning i "Nettverksgruppa".

Fagapparatet fant i utgangspunktet fram til brukere som en ville tilby Individuelle planer som ledd i prosjektarbeidet. Disse fikk muntlig og skriftlig informasjon om tilbudet, og de som ønsket å være med undertegnet et skjema for dette.

Arbeidet med utviklingen av de enkelte Individuelle planene startet gradvis i løpet av våren 2002.

I løpet av september og november 2002 gjennomførte UoD-partner intervjuer med alle koordinatorene.

Kap. 7: Resultater, erfaringer

Ved prosjektslutt var kommunen i gang med i alt 11 Individuelle planer som ledd i prosjektet. I tillegg arbeidet en med 11 enkeltsaker som var kommet til underveis, og en hadde en venteliste på ca 25 brukere som ønsket/skulle tilbys Individuelle planer. 9 kommunale medarbeidere var ved prosjektslutt aktivt igang som koordinatører.

"Etterspørselen" etter Individuelle planer er således stor i Tvedestrand, og dette er ulikt situasjonen i mange andre kommuner. Hovedgrunnen er sannsynligvis informasjonsvirksomhet utført av kommunale fagpersoner som på grunn av prosjektet har sett muligheten for at behov for Individuelle planer ville kunne bli fulgt opp.

Brukerne representerer et bredt spekter av situasjoner og behov, og alder. I tillegg til ulike fysiske funksjonshemninger er både utviklingshemning, psykiatri og rusmisbruk representert.

Det er ikke gjennomført noen systematiske intervjuer for å kartlegge brukernes erfaringer. Vi vurderer at det er for tidlig i forhold til de fleste brukernes prosess å gjøre dette nå. Men Individuell plan krever at koordinatorene samarbeider fortløpende med brukerne om evaluering og eventuell revurdering av mål, delmål og tiltak. Dette sammen med ytringer brukerne kommer med underveis i prosessen gir koordinatorene et godt inntrykk av brukersynspunktene. Disse inntrykkene er overveiende positive. Én bruker uttrykte i intervju med lokalavisa "Nå har jeg begynt å leve!"

Koordinatorernes tidligere erfaringer med ulike former for individuelle planer (pleieplaner, behandlingsplaner mv) er lite positive. Slike planer har vært opplevd å være "Problemorienterte". Alle koordinatorene er enige om at Individuelle planer etter det konseptet som er fulgt i prosjektet representerer noe reelt nytt: "Vi har gått fra å si og tro at vi setter brukeren i sentrum til faktisk å gjøre det!" Flere uttrykker glede over gjennom dette å få arbeide mer i samsvar med "egentlige" faglige verdier. Erfaringene viser også at det er nødvendig å erfare i praksis hva denne tanke- og arbeidsmåten innebærer. Det lar seg vanskelig formidle verbalt og intellektuelt.

En viktig erfaring er at denne måten å samhandle med bruker på viser seg i mange tilfelle å utløse betydelige ressurser hos bruker selv.

Koordinatorerne har ellers møtt betydelig sprik i holdninger i forhold til brukermedvirkning og Individuelle planer i det øvrige hjelpeapparatet. Dette har bedret seg, spesielt innen kommunen. Det ser imidlertid foreløpig ut til at mange medarbeidere på sykehuset ikke er kjent med den prosedyren som er utviklet der for arbeid med individuelle planer, og at tankemåten til dels er en annen enn i koordinatorkorpset i Tvedestrand. I det hele representerer overgangene mellom ulike forvaltningsnivå kritiske faser for den kontinuitet og sammenheng som Individuelle planer er ment å bidra til.

Koordinatorerne har et stort behov for veiledning og støtte, også ut over den innledende opplæringen. "Fadder"-ordningen, med mulighet for en-til-en-veiledning på så vel verdigrunnlag som praktisk tilnærming og dokumantasjon, har vært både nødvendig og verdifull.

Å avklare livskvalitetsmål er i hovedsak brukers prosess, med koordinator som "katalysator". Individuell plan-konseptet innebærer at en som hovedregel ikke arbeider i større grupper/team i denne fasen. Bruken av "ansvarsgrupper" må således gjennomtenkes på ny. Vi har samtidig sett at det er viktig å bringe potensielle tiltakshavere inn tidlig, både for å gi faktakunnskap om muligheter og begrensninger og for å forankre enkeltsakene hos tiltakshaver. I mange saker er det dessuten verdifullt etter hvert å samle tiltaksnettverket tverrfaglig for å drøfte delmål, tiltak og gjennomføring, med da med utgangspunkt i avklarte livskvalitetsmål.

Vi har sett at Individuell plan kan virke som "smøring" i tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Grunner er at enkelt-tiltakshavere gjennom planen ser at deres bidrag inngår i en helhet som er forankret i det som er viktig for brukers verdighet og livskvalitet. Dessuten går det ofte mindre tid til diskusjoner faggruppene imellom når en tar utgangspunkt i brukers egne formulerte mål, og ikke må diskutere seg "tverrfaglig" fram til hva som er best for bruker.

Det er imidlertid også viktig at alle tiltakshavere retter seg lojalt etter de føringene som Individuell plan gir, og ikke definerer og arbeider etter egne mål som ikke er forankret i planen. Mener fagfolk at planens mål ikke er riktige, må de ta saken opp med koordinator, med sikte på en eventuell ny målavklaringsrunde.

Felles dokumentasjonsverktøy og -rutiner, bygget opp med utgangspunkt i Individuell plan-konseptet, er implementert i en enkel, tekstbehandlingsbasert IKT-løsning. Denne bør gjennomgås og ajourføres ut fra de erfaringene en sitter med. På litt lenger sikt bør den videreutvikles, når en har erfaring nok til å utarbeide en god kravspesifikasjon, til en databasebasert løsning.

I Tvedestrand har prosessen for implementering av Individuell plan som gjennomgående verktøy hele tiden vært forankret i ledelsen, politisk og administrativt. Vi har sett at dette har vært en forutsetning for at prosessen er kommet så vidt langt. Vi har også sett at lederforankring er en kontinuerlig prosess som må vedlikeholdes og videreutvikles, og at det tar tid å få forankringen sikker i alle ledd i organisasjonen.

Prosjektet har bekreftet hvor avhengig slike utviklingsprosesser er av lokal "motor" og prosjektledelse.

Kap. 8: utfordringer

Kapitlet presenterer noen sentrale utfordringer i forhold til videre implementering av Individuell plan som arbeidsmetode i Tvedestrand:

Forankring i ledelse: Opprettholde forankringen på politisk og rådmannsnivå. Utvikle og utdype lederforankringen på sektor-/virksomhetsnivå.

Gjennomgående, felles ”Individuell plan-tenkning” i kommunen: Smidig samarbeid krever felles verdigrunnlag og forståelse av oppgaven ”på tvers”.

Utvidelse og utvikling av koordinatorteamet: Teamet bør utvides i antall, rekrutteres bredere fra flere sektorer, og følges tett opp for å sikre felles kunnskapsbygging og utvikling av holdninger.

Prioritere brukere, redusere ventelisten for Individuell plan: Ventelisten som har bygget seg opp bør gjennomgås, prioriteres, og så snart som mulig reduseres.

Etterstrebe bredest mulig erfaringer med Individuell plan: Det er viktig å satse bevisst på å tilby Individuell plan til alle ulike brukergrupper som kan ha nytte av dette: Ulike aldersgrupper, personer med ulike funksjonshemninger (bl a også sansetap), psykiske, sosiale og andre utfordringer.

Permanent ordning for brukermedvirkning på systemnivå: Individuell plan som konsept innebærer en sterk satsing på brukermedvirkning på individnivå. I prosjektet har brukerrepresentasjon i ulike grupper gitt mulighet for brukermedvirkning på systemnivå. Når disse gruppene opphører ved avslutning av prosjektet, bør en finne mer permanente løsninger for brukermedvirkning på systemnivå.

Individuell plan som input til kommunale planprosesser: Arbeidet med Individuell plan i enkeltsaker representerer viktig erfaringsmateriale fra horisontale prosesser i kommunen. Dette bør systematiseres og brukes som input i ulike kommunale planprosesser.

Individuell plan og overgangene mellom kommune, fylkeskommune og stat: Disse overgangene er kritiske for bruker. Mer kritiske jo mer sårbar bruker og situasjonen hennes er. Det ligger utfordringer i å kommunisere med bl a fylkeskommune (videregående skole) og stat (sykehus, a-etat, trygdeetat) for utvikling av felles forståelse og rutiner som sikrer kompetanseoverføring, kontinuitet og sammenheng ved overgangene mellom dem.

”Motorfunksjon”: Det er nødvendig i lang tid framover å opprettholde den lokale ”motor”-funksjonen som lokal prosjektleder har hatt. Implementeringen av Individuell plan er langt fra fullført, og vil erfaringsvis stoppe opp uten et sterkt lokalt engasjement og klart plassert ansvar for videreutviklingen.

Kritisk gjennomgang av rutiner, prosedyrer, dokumentasjonsverktøy og informasjonsmateriell: Det er høstet erfaring som tilsier at det kan være nyttig å foreta en grundig gjennomgang av denne typen materiell som er utviklet og utprøvd. Dette vil også være nyttig som forarbeid for formulering av en kravspesifikasjon for et IKT-basert dokumentasjonsverktøy for denne måten å arbeide med Individuelle planer.

Evaluerer effekt: Vi anbefaler at det gjennomføres undersøkelser som dokumenterer effekt av denne måten å arbeide på. Likeens anbefales at en dokumenterer eventuelle endringer i bruk av kommunale ressurser.

En overordnet plan for de kommende tre årene: Vi anbefaler kommunen å utarbeide en plan som sier hva en vil prioritere, hvor en vil være om tre år i arbeidet med implementering av Individuelle planer i Tvedestrand, og hvilke tiltak som bør iverksettes for å nå disse målene.

2 UTGANGSPUNKT FOR PROSJEKTET OG LITT OM RAPPORTEN

2.1 Utgangspunkt for prosjektet

I ”Veileder for individuell plan 2001” fra Sosial- og helsedepartementet heter det i innledningen:

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparat, er gitt en rett til å få utarbeidet en individuell plan regulert i pasientrettighetsloven § 2-5, med utfyllende regler i ”Forskrift om individuelle planer”. Plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i henholdsvis kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-6, samt psykisk helsevernloven § 4-1.

Forskrift om individuelle planer trådte i kraft 1. juli 2001. Den er forpliktende for helsetjenestene uavhengig av forvaltningsnivå jf. § 5 i forskriften, og har konsekvenser for samarbeidende instanser også utenfor helsetjenesten. En individuell plan vil gripe over alle tjenesteområder og forvaltningsnivå og bør omfatte alle tjenester, for eksempel skole, trygd, arbeid og ytelse en person med langvarige og sammensatte behov trenger for å kunne leve et aktivt og selvstendig liv.

Hensikten med individuelle planer er å sikre at tilbud og tiltak rettes inn mot det som er viktig for den enkelte bruker, og at ulike instansers tiltak koordineres og samordnes slik at bruker opplever sammenheng mellom tjenestene og kontinuitet over tid.

Det har vært en svakhet at plikten til å utarbeide individuelle planer hittil bare har vært forankret i helselovgivningen. I desember 2002, helt mot slutten av dette prosjektet, la Regjeringen fram St.meld nr. 14 (2002-2003) **Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten** der dette berøres. Her heter det bl a i kap. 9:

Lovregulering gir generelt en større forpliktelse til å utføre bestemte tjenester og tiltak. For å sikre brukerne et helhetlig tilbud og skape bedre organisasjonsmessige forutsetninger for et tverrfaglig samarbeid, kan lovhjemling av individuelle planer i andre lover enn helselovgivningen være aktuelt.

Individuelle planer har lenge vært brukt som arbeidsredskap innen ulike sektorer. Individuelle opplæringsplaner er vel kjent innen skoleverket, en har pleieplaner innen sykepleien, behandlingsplaner innen rusomsorgen osv. Tanken om å forankre ulike tilbud og tiltak i én overordnet, helhetlig plan, der målene er formulert ut fra hva som er viktigst for den enkelte brukers livskvalitet og deltakelse, kom først opp innen rehabiliteringsfeltet⁵. Tvedestrand kommunes rehabiliteringsvirksomhet fanget tidlig opp dette, og kommunen var aktiv deltaker i Rehab-Nors prosjekter ”Metodikk og verktøy i praktisk rehabiliteringsarbeid”⁶ og ”Lokal organisering av rehabiliteringsarbeid”. I disse prosjektene ble det lagt ned et betydelig arbeid i utvikling og utforming av teoretisk ideologisk fundament for rehabiliteringsarbeid, og praktiske tilnærminger og dokumentasjonsverktøy for helhetlig rehabiliteringsplanlegging. Både det ideologiske fundamentet og de praktiske tilnærmingene og dokumentasjonsverktøyene er senere videreutviklet i påfølgende prosjekter, herunder prosjektene i programmet ”Eldre personer - helse og livskvalitet” der Tvedestrand også deltar. Sentralt i dette arbeidet står begrepene ”helhet” og ”livskvalitet”.

⁵ Jf f eks Ivar Lie: ”Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering.” ad Notam Gyldendal 1996, og St meld nr 21 (1998-99): ”Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.” (”Rehabiliteringsmeldingen”) Sosial- og helsedepartementet desember 1998.

⁶ Rehab-Nor: ”Metodikk og verktøy i praktisk rehabiliteringsarbeid. Foreløpige resultater av et utviklingsprosjekt i kommunene Hurum, Lier og Tvedestrand”. Februar/november 2000.

Med et helhetlig brukerperspektiv som utgangspunkt, så prosjektdeltakerne i Tvedestrand tidlig at individuelle rehabiliteringsplaner ville måtte omfatte også andre typer mål enn rene rehabiliteringsmål, og andre typer tjenester enn rehabiliteringstjenester i tradisjonell forstand. En besluttet derfor allerede i 1998, før både Rehabiliteringsmeldingen og forskriftene for individuelle planer kom, å forlate begrepet "individuelle rehabiliteringsplaner" og innføre "Individuelle planer" i stedet.

Erfaringene ble fra de tidligere prosjektarbeidene viste at det ligger store utfordringer på mange plan i det å ta systematisk i bruk individuelle, helhetlige og livskvalitetsorienterte planer i kommunen:

- **Utfordringer for bruker:**
Brukermedvirkning, myndiggjøring og ansvarliggjøring av bruker står sentralt i verdigrunnlaget. Dette betyr at brukere som tidligere har møtt et fag- og hjelpeapparat som i stor grad har vurdert, bestemt og styrt, nå skal gi en rolle der de selv skal gi uttrykk for hva som er viktig for dem, og der de selv får medansvar både i forhold til prioriteringer mellom ulike mål og gjennomføring av tiltak.
- **Utfordringer for fagpersoner:**
Fagfolk har sterke tradisjoner for å "være ekspert", på å "kartlegge" og "vurdere behov" ut fra sitt eget faglige ståsted, og for å planlegge og iverksette tiltak innenfor egne faglige og administrative rammer. Arbeid med Individuelle planer innebærer imidlertid at fagfolk må gå inn i rollen som likeverdig samtalepartner med bruker omkring hva det er som betyr spesielt mye for brukers helhetlige og individuelle opplevelse av livskvalitet, gi "nødvendig assistanse til brukers egen innsats"⁷, og koordinere utvikling og gjennomføring av et helhetlig tjenestetilbud, på tvers av både fagområder og administrative sektorer og nivå.
Denne endringen i rolle representerer utfordringer både i forhold til å gi slipp på den tryggheten "ekspertrollen" gir, og i forhold til det å møte medmenneskers tap og sorg og dermed også sin egen eksistensielle angst.
Dessuten innebærer selve koordineringen av utvikling og gjennomføring av tiltak i henhold til brukers mål betydelige utfordringer i forhold til kunnskap om og samhandling med andre sektorer og nivå.
- **Systemiske utfordringer:**
Skal helhet og samordning med utgangspunkt i den enkelte brukers mål realiseres, må det utvikles ny kultur og nye rutiner for samhandling på tvers mellom nivåer og sektorer.

På grunnlag av disse erfaringene tok rådmannen etter invitasjon fra PRO avdelingens ledelse initiativ til en arbeidsdugnad med aktuelle kommunale aktører i februar 2000. Dugnden resulterte i enighet om hovedmål og arbeidsmål for et utviklingsarbeid med sikte på å etablere Individuell plan som et overbyggende verktøy.

Kommunestyret fattet så, i sak 033/00, slikt vedtak:

"Kommunestyret i Tvedestrand ser det som viktig at ordningen med "Individuelle planer" etableres slik intensjonen i aktuell forskrift beskriver. Gjennom dette vil kommunens brukerfokus ytterligere forsterkes og formaliseres. Kommunestyret ber videre om at administrasjonen setter i gang nødvendig prosessarbeid hvor aktuelle sektorer er representert slik at arbeidsform og koordinatørollen avklares. Om det kreves ekstraordinære ressurser, må dette skisseres i budsjettet for 2001."

Som oppfølging av kommunestyrevedtaket deltok nøkkelpersonell på et arbeidsseminar om individuell plan 13. og 14. september 2000. Rådmannen gjennomførte også møte med involverte parter i oktober samme år.

⁷ "Rehabiliteringsmeldingens" definisjon av rehabilitering, jf meldingens side 10.

Dermed var en videre utviklingsprosess blitt forankret i overordnet ledelse i kommunen, både administrativt og politisk, samtidig som berørte parter i kommuneorganisasjonen var blitt trukket inn.

En så samtidig at en slik prosess ville være krevende på flere plan, og at det kunne være verdifullt om det lot seg gjøre å få ekstern veiledning og støtte. I april 2001 ble Rehab-Nor bedt om å utarbeide et forslag til prosjektbeskrivelse/-søknad. Denne ble sendt kommunen i slutten av april, og dannet grunnlag for prosjektbeskrivelsen i kommunens søknad 04.05.2001 til Kommunenes Sentralforbund (KS) om UoD⁸-midler.

KS fant i juli 2001 å kunne innvilge prosjektstøtte. En forutsetning var at Rehab-Nor skulle inngå som UoD-partner⁹ i arbeidet.

2.2 Litt om rapporten.

Begrepet "bruker"

Begrepet "bruker" anvendes her alltid om den personen som Individuell plan utvikles for, den personen som har behov for "langvarige og koordinerte tjenester".

Begrepet "Individuell plan"

Som allerede nevnt har det lenge eksistert ulike former for "individuelle planer". Innenfor ulike fagmiljø og sektorer, og med ulike målsettinger, har en arbeidet med å lage planer i tilknytning til enkeltpasient, -klient, -bruker, -elev osv.

Det har derfor vært et hovedpunkt for prosjektet å klargjøre hva det er som skal kjennetegne forståelsen av begrepet "individuell plan" i dette arbeidet. Nøkkelbegrep her er "**helhet**" forstått som brukers helhet, og "**livskvalitet**" forstått som det som betyr livskvalitet for den enkelte bruker. Med basis i disse verdiene er det utviklet et konsept for sektorovergripende individuelle planer. I teksten er det mange steder behov for å tydeliggjøre at det er individuelle planer basert på denne forståelsen det dreier seg om, og vi kunne da f.eks skrive "helhetlige og livskvalitetsfokuserede individuelle planer" til forskjell fra "individuelle planer" som kan være ulike andre typer planer. Dette blir for tungvint. Vi har derfor valgt å skrive "Individuelle planer" (med stor "I") når vi mener planer utviklet i henhold til prosjektets konsept.

Begrepet "Tiltakshaver"

Arbeid med utgangspunkt i utviklede Individuelle planer dreier seg om å iverksette tiltak for å nå brukers livskvalitetsmål. Ofte vil mange ulike instanser og personer, inklusive bruker selv, være involvert i tiltakene. Vi har behov for et felles begrep for alle som i henhold til den Individuelle planen har ansvar og oppgaver i forhold til gjennomføring av tiltak. I Tvedestrand har man valgt å bruke begrepet "tiltakshaver", og vi velger det samme i denne rapporten.

"Tiltakshaver" er dermed ikke det samme som "bruker", men også bruker vil ofte være en av tiltakshaverne, nemlig i forhold til de av tiltakene der bruker står som ansvarlig i Individuell plan.

Presentasjon av ulike typer materiale.

Denne rapporten oppsummerer det omfattende prosjektarbeidet som er gjennomført i Tvedestrand i perioden fra sommeren 2001 til årsskiftet 2002/03. Den presenterer mål, organisering, resultater og

⁸ UoD: Utvikling og Dokumentasjon.

⁹ UoD-partners oppgaver og rolle: Se kap. 5.2, side 15.

erfaringer, og oppsummerer noen videre utfordringer. Det er viktig å understreke at det en kan kalle "resultatene" av et slikt prosjekt består av mange elementer som må ses i sammenheng:

- Faktiske, konkrete resultater:
Antall Individuelle planer, konkrete arbeidsredskaper og prosedyrer som er utviklet mv.
- Erfaringer:
Hvordan delprosesser gikk, hva som krevde spesiell innsats, hva som gikk lettere enn ventet, aktørers tilbakemeldinger om erfaringer.
- Vurderinger, analyse:
Drøfting av årsaker til at utviklingen har blitt som den ble, hva en burde gjort annerledes og hvordan, og hvilke utfordringer det er viktig å ta opp i fortsettelsen.

Som UoD-partner har Rehab-Nor ulike oppgaver og ansvar i prosjektet (jf kap. 5.2 side15), bl a å gi faglige innspill og støtte, å utfordre og rapportere. Det er da naturlig at rapporten må inneholde både faktainformasjon, erfaringer og våre vurderinger. Det er ikke alltid lett å skille disse ulike elementene klart fra hverandre. Det er glidende overganger fra rene faktiske opplysninger via erfaringer som er høstet og til vurderinger. Ikke desto mindre er det viktig å unngå en sammenblanding, spesielt mener vi det skal legges vekt på at det skal framgå tydelig hva det er som er våre vurderinger som ekstern partner.

En mulig måte å gjøre dette på er å samle ekstern partners vurderinger i et eget kapittel. En ulempe med denne løsningen er at det lett kan bli vanskelig for leseren å holde tråden, samme tema behandles flere steder i rapporten, og en kan lett få gjentakelser.

Der vi har egne vurderinger som vi mener bør med har vi derfor valgt å presentere dem i egne avsnitt under overskriften "Rehab-Nor sin oppsummering og vurdering", i direkte tilknytning til der det aktuelle temaet er presentert. Vi har også valgt å skrive disse vurderingene med en noe annen bokstavstil enn resten, for også på den måten å skille dette stoffet ut fra det øvrige.

3 MÅLSETTING, PROBLEMSTILLINGER OG METODE

Problemstilling og målsetting er formulert slik i Tvedestrand kommunes søknad til KS om prosjektstøtte:

3.1 Hovedproblemstilling.

Individuelle planer skal samordne og koordinere tilbud til brukere med sammensatte problemer. Ulike aktører som må samarbeide om tilbud til enkeltbrukere har ingen myndighet til å kontrollere eller pålegge hverandre oppgaver. Individuelle planer forutsetter derfor enighet om hvordan mål skal utvikles, og prosedyrer for samhandling på tvers av sektorer og nivå.

Noen av utfordringene er

- Manglende kunnskaper, og manglende eller ulik metodikk, rutiner og praktiske ”verktøy” for avklaring av brukers mål.
- Ulik tilnærming og rolleforståelse blant tjenesteyterne, ikke minst knyttet til forståelsen av brukers rett til innflytelse og medvirkning.
- Manglende informasjonsflyt og samhandlingsrutiner på tvers av sektorer og nivå.
- Manglende rutiner for samordning av enkeltvedtak i ulike sektorer og nivå i henhold til en felles, overordnet plan.

3.2 Prosjekt mål.

Mål for prosjektet er at de ulike partene i tiltakskjeden sammen blir enige om og utvikler:

- Felles tilnærming for avklaring av brukers mål.
- Felles verktøy/prosedyrer for utvikling, gjennomføring og evaluering av Individuell plan for aktuelle brukere.
- Avklaring av forutsetninger og iverksetting av løsninger for samarbeid på tvers for utvikling, gjennomføring og evaluering av Individuell plan.

3.3 Del-problemstillinger.

Med utgangspunkt i lov og forskrift, resultater, kunnskaper og erfaringer fra tidligere prosjektarbeid og praktiske erfaringer i prosjektperioden, har prosjektet søkt svar på følgende del-problemstillinger:

- Hvilken grunnleggende forståelse skal legges til grunn for arbeidet relatert til brukerinnflytelse/-styring, målavklaring, rolleforståelse, helhet og koordinering?
- Hvilke metoder og praktiske verktøy for utvikling og gjennomføring av Individuell plan skal benyttes?
- Hvem er i målgruppen for Individuell plan i vårt ansvarsområde?
- Hva innebærer fokusendring fra systemsamordning til samordning på individnivå?
- Hvilke strategier og prinsipper skal legges til grunn for koordinering?
- Hvordan tilrettelegge for samarbeid på tvers (rutiner, organisering)?
- Praktiske forutsetninger:
 - ”Systemkoordinator”, ”koordinatorstall” – koordinatorkoordinatornettverk/kollegabasert veiledning
 - Oppnevning av koordinator

- Tilgjengelighet
 - Taushetsplikt
 - Arbeidsbyrde – koordinatorrolle
 - Kompetansekrav til koordinator.
- Behov og muligheter i forbindelse med informasjonsflyt mellom sektorer og nivå involvert i enkeltsaker, herunder mulighetene for bruk av IKT – verktøy.

3.4 Metode

Ett viktig innledende element i dette prosjektet har vært å sikre et felles ideologisk ståsted for de ulike sektorene i kommunen, basert på resultatene fra tidligere prosjekter og kommunestyrevedtak, jf side 7.

Det videre prosjektarbeidet har så blitt gjennomført som en lærestyrt utviklingsprosess: Erfaringer og problemstillinger som har kommet fram gjennom praktisk arbeid med utvikling, gjennomføring og evaluering av Individuelle planer har dannet grunnlag for utviklingsarbeid så vel på metode-/verktøynivå som på systemnivå.

Metoden har altså vektlagt deltakelse og engasjement på tvers i kommuneorganisasjonen og mellom kommunen, A-etat, Trygdeetat og sykehuset. Gjennom arbeid med og samarbeid om konkrete enkeltsaker har en avdekket forbedringsbehov knyttet både til metodikk og system/samarbeidsrutiner. Med dette som utgangspunkt har en samarbeidet om nyutvikling og forbedringer. Ut fra den ideologiske plattformen som var utformet i tidligere prosjektarbeid har metoden i dette prosjektet fokusert på tverrsektoriell læring og utvikling forankret i en praktisk virkelighet. I slike lærestyrte utviklingsprosesser er det generelt viktig å kunne trekke inn eksterne ”prosess-fullmektig” som, uten selv å være del av organisasjonen, kan fungere som inspirator, utfordre faglig, stille kritiske/”vanskelige” spørsmål, stimulere til prosessorienterte utviklingsdugnader og møtepunkter for refleksjon mv. Tvedestrand har brukt Rehab-Nor i denne rollen. Rehab-Nor har også brakt inn kunnskap og erfaringer fra andre utviklingsprosjekter innen samme område.

4 GRUNNLEGGENDE IDEOLOGI

Den grunnleggende ideologien, metoder og tilnærminger, og de praktiske dokumentasjonsverktøyene bygger på konseptet "IPA tilrettelegger", utviklet av Rehab-Nor. I dette kapitlet gis en generell innføring i noen viktige elementer av den teoretiske ideologien.

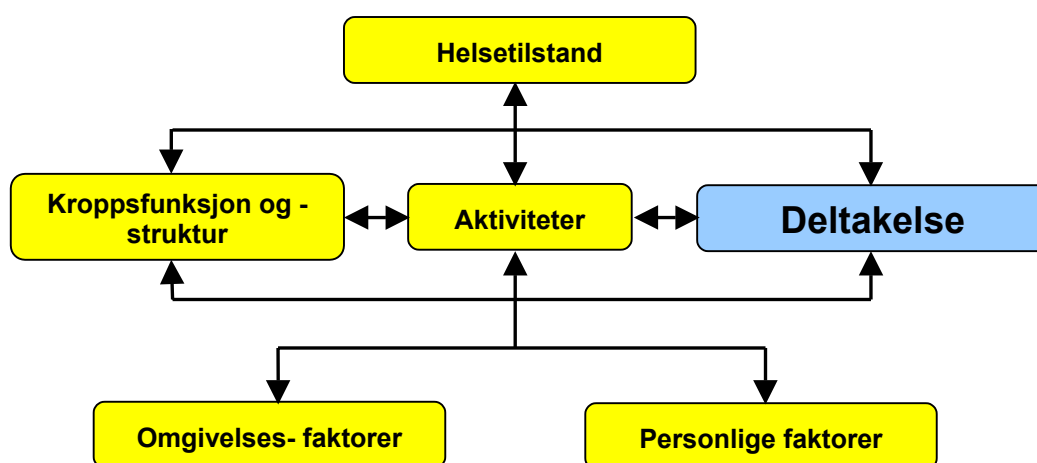
Deltakelse og livskvalitet

Rehab-Nor har i mange år arbeidet med utvikling av grunnleggende verdisyn innen rehabilitering, og har gjennom flere prosjekter og i samarbeid med ulike aktører, først og fremst på kommunenivå, søkt å bygge bro mellom ideologisk forankring og praktisk arbeid.

PRO-avdelingen i Tvedestrand kommune har lenge arbeidet systematisk med utvikling av tjenester basert på det samme verdisynet.

Det har derfor vært naturlig at Tvedestrand og Rehab-Nor har hatt betydelig samarbeid også forut for dette prosjektet. Og, det var det opplevde fellesskapet i grunnleggende tenkning og verdigrunnlag som var bakgrunnen for at Tvedestrand ønsket å samarbeide med Rehab-Nor som UoD-partner i dette prosjektet.

Prosjektets verdigrunnlag er forankret i den internasjonale og nasjonale utviklingen innen rehabiliteringstenkning. Internasjonalt har denne utviklingen resultert bl a i ICF¹⁰ fra Verdens Helseorganisasjon, der "deltakelse" i vid betydning (eng. "participation") er definert som målet, og der en tar høyde for at **en persons deltakelse oppstår i et gjensidig samspill mellom mange faktorer**, jf Figur 1.



Figur 1: ICF - En **biopsykososial** modell for konsekvenser på menneskers liv av sykdom og skade. Deltakelse på individnivå (eng. "Participation") løftes fram som målfokus

Nasjonalt ser vi samme utviklingen bl a i Regjeringens definisjon av rehabilitering, der det bl a fokuseres på "deltaking sosialt og i samfunnet"¹¹. I begrepet "deltakelse" legger vi livskvalitet, "det som kan tenne livsgnist", slik brukeren ser det, innenfor de sosiale, juridiske, økonomiske og moralske rammer som gjelder. Praktisk betyr dette brukers deltakelse i sine individuelt prioriterte aktiviteter, indre og ytre relasjoner, på de ulike livsarenaene som for vedkommende er de viktige og prioriterte.

¹⁰ "International Classification of Functioning, Disability and Health", WHO mai 2001.

¹¹ "Rehabiliteringsmeldingens" definisjon av rehabilitering, side 10.

En underliggende hypotese er at når fokus rettes mot ”det som tenner livsgnist”, vil dette kunne legge grunnlag for et liv med mening, selv om den enkelte bruker er plaget av sammensatte problemstillinger, - somatiske, psykiske, og funksjonelle. Når bruker opplever seg sett og tatt på alvor som ”helt menneske”, og prosessene rettes mot det bruker selv mener er viktigst for seg, vil det kunne utløse betydelige egne ressurser hos bruker.

Sentralt i det ideologiske fundamentet står derfor å avklare individuelle livskvalitetsorienterte mål og behov, innen de krav og forventninger som samfunnet stiller til den enkelte som samfunnsborger, og innenfor tilgjengelige ressurser. Rehab-Nor har tidligere utarbeidet metoder og prosedyrer for å avklare individuelle mål, innen ulike domener for livskvalitet, og på de aktuelle livsarenaene. Vi snakker om **helhetlige** mål, ut fra brukerens situasjon. De individuelle målene er de som gjelder for brukeren, der vedkommende er til enhver tid. Dette innebærer i praksis at målavklaring er prosessorientert, og at også prosessen i seg selv kan være viktig. Målene varer aldri lenger enn de er gyldige, og vi snakker her om en dynamisk prosess, der behov knyttet til pleie og behandling, livsinnhold og prioriteringer er under endring, og blir fanget opp i rett tid.

Også tiltakene vil være under endring: De må revurderes og justeres i takt med endringer i mål.

Verdighet mer grunnleggende enn ferdighet

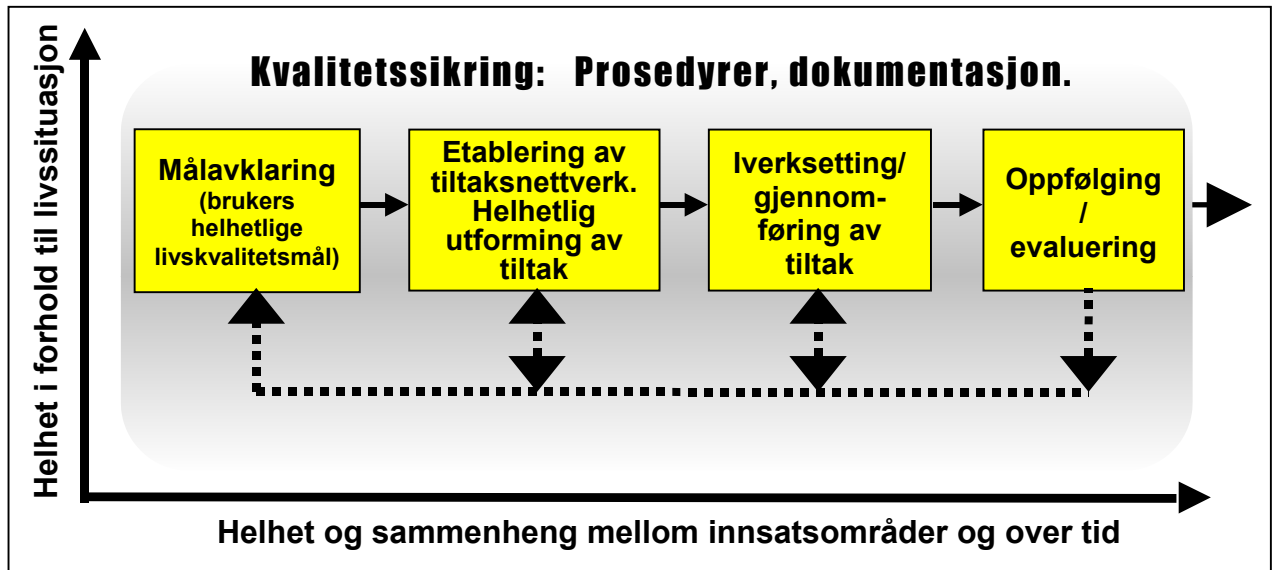
Tradisjonelt har mye av tiltak som iverksettes for å hjelpe personer med ulike behov vært rettet mot å bedre deres ferdigheter på ulike områder. Vi mener at enhver persons ”iboende verdighet”¹² er et riktigere fokus. Spissformulert kan vi si at brukers ”verdighet” i denne sammenhengen betyr brukers rett til, plikt til og ansvar for å bestemme innhold i eget liv. Forutsetninger for at brukers verdighet skal kunne sies å være satt i sentrum er at bruker blir møtt med ekte respekt, og at hun, innenfor de rammer som hennes personlige forutsetninger representerer, blir gitt myndighet og må ta ansvar for eget liv og utviklingsprosess.

Målavklaring: Avgjørende og utfordrende basis for planprosessen

Individuelle planer skal bli sikre at tiltak som iverksettes og ressurser som settes inn bidrar til realisering av det som er viktig for den enkelte bruker, at en ”treffer blink”. Da er det i prinsippet innlysende at en må avklare målene før en definerer tiltakene. I praksis viser dette seg ikke å være riktig så enkelt, bli fordi både brukere og, ikke minst fagfolk gjerne er tiltaksfokuserede. Mye fagkultur og tradisjonelle suksesskriterier er knyttet opp til å sette i gang med ”noe”, og vise at en er rask og flink til å få ting til å skje. Men, uten at en har sikret seg klarhet i hva som er brukers mål og gjennom dette har mulighet for å sikre at tiltakene faktisk vil kunne ”treffe blink”, risikerer en både skuffelser og sløsing med ressurser.

Samtidig er det viktig å ikke utsette tiltak som bør settes inn ”her og nå”, dersom det er viktig f eks for brukers helse og muligheter senere. Dette skal imidlertid ikke lede til at målavklaringen forskyves unødig i tid, ”her og nå”-tiltakene må revurderes i lys av brukers egne livskvalitetsmål så snart en har fått klarhet i disse.

¹² Jf FNs menneskerettighetserklæring.



Figur 2: Arbeid med helhetlige, livskvalitetsorienterte Individuelle planer som prosess.

Det har derfor blitt lagt stor vekt på i dette prosjektet at arbeid med utvikling og realisering av Individuelle planer er prosessorientert. Spesielt i målavklaringsfasen må det gis anledning til å ta den tid som er nødvendig for at det reelt skal være brukers prosess som leder fram til brukers mål. På enkelte områder kan dette gå raskt, på andre kan det for noen brukere kreve lang modningstid. På et gitt tidspunkt vil en således kunne være i ulike faser av prosessen samtidig. En kan være igang med å gjennomføre tiltak i forhold til ett mål, parallelt med at en arbeider videre med målavklaringen på andre livsområder. Samtidig kan det være nødvendig å revurdere både mål og tiltak på alle trinn (bevege seg fram og tilbake i figuren over).

Systemutvikling "bottom – up"

Realisering av helhetlige Individuelle planer stiller store krav til felles verdigrunnlag og samarbeid mellom ulike sektorer og nivå. Å ta Individuelle planer i bruk som verktøy i tjenesteytingen vil derfor alltid medføre krav til systemutvikling. Slik systemutvikling bør imidlertid skje i form av en "bottom – up"-prosess. I dette ligger at behovene for utvikling og hva som kan være hensiktsmessige løsninger avdekkes gjennom akkumulert praktisk erfaring i konkrete enkeltsaker, og at det er etablert en struktur som tar tak i disse behovene og utvikler systemiske løsninger. Dette er derfor en sentral del av metoden i det prosjektet som er gjennomført i Tvedestrand.

5 ORGANISERING

Prosjektets tidsramme var opprinnelig planlagt til 1 ½ år: Fra 01.07.01 til 31.12.02. Av ulike grunner kom ikke arbeidet igang før i første halvdel av september 2001.

Prosjektet har vært organisert med lokal prosjektleder, ekstern UoD-samarbeidspart, styringsgruppe, prosjektgruppe, referansegruppe og ressursgruppe.

5.1 Lokal prosjektleder.

Rådmannen i Tvedestrand utpekte organisasjonsrådgiver Sigfrid Baasland som lokal prosjektleder. Lokal prosjektleder har hatt ansvar for koordinering og framdrift i henhold til planer og rammer, saksforberedelse og oppfølging av beslutninger underveis, registrering/dokumentasjon av erfaringer og resultater og nettverksfunksjon vis á vis koordinatorene, samarbeidskommunene og eksterne samarbeidsparter som f eks 2.-linjen.

5.2 Ekstern UoD-partner.

For prosjekter som får støtte fra KS som UoD-prosjekter kreves det at kommunen, som prosjekteier, inngår kontrakt med en ekstern partner ("UoD-partner") som skal fungere som prosessfullmektig med nøytralitet og faglig legitimitet utenfra. UoD-partner skal kvalitetssikre arbeidet, være støtte/avlaster for kommunen, og ha ansvar for sluttdokumentasjon/rapportering.

Med bakgrunn i samarbeidet om tidligere prosjekter som på mange måter dannet grunnlag for dette prosjektet (jf kap. 2.1, side 6) og at kommunen også har tatt aktivt del i prosjektet "Livskvalitet på sykehjem"¹³, har Rehab-Nor hatt rollen som UoD-partner.

Opgaver for Rehab-Nor i dette prosjektet har vært:

- Prosjekt- og prosessveiledning.
- Faglig input, bl a fra arbeid med beslektede prosjekter andre steder.
- Aktiv innsamling og systematisering av erfaringsmateriale underveis i prosessene.
- Funksjon som ekstern part som, uavhengig av intern historie og bindinger, har kunnet reise spørsmål, spisse problemstillinger og utfordre faglig underveis i prosessene.
- Praktisk støtte og avlastning for prosjektleder i forbindelse med funksjoner knyttet til styrings-, prosjekt- og referansegruppe, arrangement av møter osv.
- Støtte og avlastning til lokal prosjektleder i forbindelse med dokumentasjon og rapportering.
- Utarbeidelse av egen prosjektrapport.

5.3 Styringsgruppa.

Styringsgruppas oppgave har vært overordnet oppfølging og styring av prosjektet i henhold til de mål og rammer som var satt for det. Styringsgruppa har bestått av rådmann (gruppas leder), representanter for eldrerådet og rådet for funksjonshemmede, KS og Rehab-Nor. I tillegg har systemkoordinator møtt noen ganger. Lokal prosjektleder har vært styringsgruppas sekretær.

Mandat for styringsgruppa: se Vedlegg 1.

¹³ Et prosjekt i programmet "Eldre. Helse og livskvalitet" i regi av Rehab-Nor. Finansiert av Lions Røde Fjær i Norden.

Styringsgruppa har, i tillegg til det felles oppstartseminaret 11.09.01, hatt i alt fem møter i løpet av prosjektperioden.

5.4 Prosjektgruppa.

Prosjektgruppa har vært et tverrsektorielt forum med ansvar for:

- Å fange opp og bearbeide erfaringene fra arbeidet med enkeltsaker
- Å ta initiativ og utvikle forslag til felles, sektorovergripende løsninger
- Å initiere implementering av disse løsningene.

Prosjektgruppa har vært sammensatt av: Brukerrepresentant, representanter for kommunens avdelinger, - Helse/PRO-, oppvekst, sosial. Videre har sykehuset, a-etat, trygdeetaten og UoD-partner Rehab-Nor deltatt.

Mandat for prosjektgruppa har vært det samme som for styringsgruppa, se Vedlegg 1.

Styringsgruppa har, i tillegg til det felles oppstartseminaret 11.09.01, hatt i alt 7 møter i løpet av prosjektperioden.

5.5 Referansegruppa.

Referansegruppa var tenkt som et forum for mer uformell erfaringsutveksling, drøfting og rådgivning i forhold til spørsmål som kommer opp i prosessene i prosjektet. Dessuten skulle den være hovedarenaen for sammenkoplingen av prosjektarbeidet i Tvedestrand med samarbeidskommunene Risør, Gjerstad, Vegårshei, Åmli, Arendal, Hurum og Lier. Hver av samarbeidskommunene ble invitert til å møte med en representant. I tillegg har gruppa bestått av lokal prosjektleder og Rehab-Nor.

Mandat for referansegruppa har vært det samme som for styringsgruppa, se Vedlegg 1.

Tanken var at referansegruppa skulle fungere som en nettverksgruppe. Det viste seg imidlertid tidlig at det var vanskelig å få dette til etter intensjonen. Tvedestrands satsing på arbeidet med Individuelle planer har vært så mye større og mer systematisk enn samarbeidskommunenes, at drøftingen i gruppa fikk mer preg av envegsinformasjon fra Tvedestrands side og lufting av frustrasjoner fra representantene fra de øvrige kommunene. Det har dessuten vist seg svært vanskelig å få gruppa noenlunde fulltallig, på det siste møtet var det bare en av samarbeidskommunene som var representert.

Referansegruppa har, i tillegg til det felles oppstartseminaret 11.09.01, hatt i alt tre møter i løpet av prosjektperioden.

5.6 Ressursgruppa.

Som lokal støtte for prosjektleder, etablerte kommunen en ressursgruppe bestående av medarbeidere med ulik faglig og erfaringsmessig bakgrunn, som gjennom tidligere arbeid har utviklet spesielle kunnskaper og erfaringer med relevans for arbeid med Individuelle planer. Denne gruppa har ikke blitt sammenkalt til møter, men prosjektleder har konsultert enkeltmedlemmer ved behov.

5.7 Koordinator-team.

En sentral del av prosjektet har vært å bygge opp en gruppe medarbeidere som kan fungere som koordinatorene i arbeidet med enkeltsaker. Målet i utgangspunktet var at denne gruppa skulle settes sammen av medarbeidere fra flere kommunale etater, deriblant PPD. Dette viste seg ikke å være mulig på det tidspunktet. Definert som medarbeidere som har gått inn i praktisk arbeid med

Individuelle planer som ledd i prosjektet, har koordinatorteamet bestått av 11 medarbeidere, hvorav en er knyttet til sosialkontoret, og de øvrige til Helse og omsorg (HO, tidligere Pleie, rehabilitering og omsorg, PRO).

5.8 Systemkoordinator.

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 8 pålegger kommunene et ansvar for at det finnes en koordinerende enhet innen habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Tvedestrand kommune har funnet det naturlig å se denne funksjonen i sammenheng med arbeidet med Individuelle planer generelt, og har etablert en koordinerende enhet, systemkoordinator, som har overordnet koordinerende ansvar i alt arbeid med habilitering/rehabilitering og Individuelle planer i kommunen.

Kommunen har i prosjektperioden valgt å gi sjeffysioterapeut Bente Aaby funksjonen som systemkoordinator, dette med bakgrunn bl a i hennes funksjon som leder av kommunens rehabiliteringsavdeling og sterke involvering i forutgående utviklingsarbeid omkring individuelle rehabiliteringsplaner.

5.9 Faddere.

Fra arbeidet med individuelle rehabiliteringsplaner visste man at utviklingen av koordinatorkfunksjonen krever tilbud om individuell oppfølging og veiledning. Dette er i prosjektperioden løst ved at lokal prosjektleder og systemkoordinator har hatt "fadder-ansvar" for hver sine koordinatører. Oppgaven har vært å møte den enkelte koordinatørs behov for en-til-en-veiledning i forhold til ideologi/verdigrunnlag, arbeidsmåte/tilnærming, samhandling innen tiltaksnettverket og bruk av dokumentasjonsverktøy, med utgangspunkt i konkrete enkeltsaker som koordinatorene har vært igang med.

5.10 Dokumentasjonsverktøy, IKT

Felles dokumentasjonspraksis og bruk av IKT har vært vektlagt i prosjektet. Det er blitt utviklet et sett med støtte- og dokumentasjonsverktøy som har bestått dels i verktøy utviklet av Rehab-Nor og tilpasset prosjektet, og dels støtte- og dokumentasjonsverktøy utviklet av lokal prosjektleder underveis i prosjektet.

Støtte- og dokumentasjonsverktøyet er lagt inn som Word-maler i lukket felles-område i kommunens datanettverk, tilgjengelig for alle medarbeidere på arbeidsplasser som er knyttet opp til dette. Når koordinator bruker en mal til dokumentasjon i arbeid med en enkeltsak, lagres denne slik at bare koordinator og systemkoordinator har tilgang.

På denne måten har en laget et system som er lett å justere/viderutvikle etter hvert som en gjør erfaringer. Når en har høstet nok erfaring til å kunne utvikle en god kravspesifikasjon, må det imidlertid være et klart mål å få utviklet et database-basert dokumentasjonsverktøy, f eks som del av et mer generelt IKT-program for kommunen.

6 GJENNOMFØRING

6.1 Søknad, lokalt oppstartinitiativ

Tvedestrand kommune sendte søknad KS om UoD-midler 4. mai 2001. Søknadsbeløpet var kr 434.000 (kr 350.000 i arbeids- og direkte utgifter for UoD-partner + kr 84.000 i mva dersom slik ble innført fra 01.07.01). Med utgangspunkt i kommunestyrevedtak og oppfølgingen av dette (jf side 7) samt forskriften om individuelle planer, som en visste ville bli gjort gjeldende fra og med 1. juli, så en det som viktig å komme igang med prosessene så raskt som mulig. Derfor gikk rådmannen allerede 18. mai ut med skriftlig informasjon og invitasjon til deltakelse i et prosjekt. Denne ble sendt til alle som var tenkt som medlemmer i styringsgruppe, prosjektgruppe, ressursgruppe og referansegruppe. Rådmannen signaliserte der at enkelte deler av prosjektskissen ville måtte justeres dersom kommunen ikke fikk ekstern økonomisk støtte, men at en utviklingsprosess uansett ville være påkrevet. Det ble også varslet et felles oppstartmøte 11. september, og rådmannen ba om tilbakemelding til lokal prosjektleder om deltakelse.

KS sendte 5. juli brev med tilsagn om prosjektstøtte på kr 350.000. Da det i mellomtiden var blitt klart at det skulle betales mva på tjenester fra 1. juli 2001, innebar dette at rammen for UoD-partners arbeid måtte reduseres fra kr 350.000 til kr 282.000.

6.2 Oppstart.

11. september 2001 arrangerte kommunen et oppstartmøte der en gjennom innlegg og gruppedrøfting gikk inn på følgende punkter:

- Lovkrav, rammer og forutsetninger for gjennomføring av prosjektet.
- Individuelle planer - hva kan vi gjøre med det hos oss?
- Brukererfaringer, erfaringer som personalet har gjort (koordinatorerfaringer)
- Hvem kan være aktuelle brukere i prosjektfasen?
- Utfordringer i målavklaring og prosjektprosess - slik vi ser det nå.
- Verdier og tilnærming til målavklaring.

6.3 Etablering og sammensetning av koordinatorteam.

Tradisjonelt har en med "koordinering" mye fokusert på det å samordne gjennomføring og aktører i saker der mange tiltak skal iverksettes og mange er involvert. I arbeid med Individuelle planer omfatter koordinatorkfunksjonen dette, men også betydelig mer. Spesielt representerer erfaringsvis avklaringen av brukers livskvalitetsmål som grunnlag for de videre prosessene en ny utfordring for fagfolkene. Dessuten omfatter koordinatorenes ansvar i dette konseptet også prosessledelse i utvikling av tiltaks-"pakke" i den enkelte sak samt etablering av et hensiktsmessig tiltaksnettverk. Vi vet at koordinatorkfunksjonen slik definert er krevende, og at det ikke er alle som har personlige og faglige forutsetninger for å fylle den.

Samtidig betyr vektleggingen av helhetsperspektivet at arbeidet med Individuelle planer vil angå alle sektorer i kommunen, og dessuten sykehus, Aetat, trydeetat, samt eventuelt skoleverket i fylket. Tradisjonelt har en ansett at arbeidet med individuelle planer må knyttes til helse-, sosial og rehabilitering. Med brukers helhetlige mål og situasjon som utgangspunkt kan en imidlertid godt tenke seg enkeltsaker som knapt vil involvere denne sektoren, men i hovedsak f eks skole, kultur- og/eller fritidssektor. Prosjektet la derfor opp til å få etablert et så bredt sammensatt koordinatorteam som mulig.

Sosialkontoret besluttet i utgangspunktet at alle ansatte der skulle gå inn som koordinator i en sak hver. Etter hvert viste dette seg av ulike grunner vanskelig å realisere, slik at det ved prosjektavslutning er én medarbeider ved sosialkontoret som arbeider som koordinator i en enkeltsak.

Innenfor skolesektoren har en gjennom lang tid arbeidet med og utviklet både kultur og lovverk i forhold til individuelle opplæringsplaner (IOP). Skolesektoren har i utgangspunktet hatt spørsmål omkring forholdet mellom IOP og Individuelle planer. Fra PPT kom det tidlig signaler om at man gjerne kunne være med i tiltaksnettverket i enkeltsaker, noe man allerede i stor grad er gjennom et stort antall ansvarsgrupper, men at en ikke anså seg å ha kapasitet til å engasjere seg som koordinatore i saker som kanskje i stor grad gjelder andre sektorer.

Fra starten satt en derfor med et koordinatorteam bestående av medarbeidere ved sosialkontoret og innenfor pleie – rehabilitering og omsorg. (inkl. psykiatri)

6.4 Opplæring

Prosjektet er gjennomført som en lærestyrt utviklingsprosess. Dette har innebåret at en har vektlagt å bruke læring som skjer underveis som grunnlag for videre utviklingsarbeid. Sentralt i læringsprosessen har koordinatorene, lokal prosjektleder og systemkoordinator stått.

En har imidlertid også ment at det var viktig å sikre at hele prosessen bygget på en felles grunnleggende forståelsesplattform. Opplæringsdelen i prosjektet har derfor også omfattet en innledende, mer tradisjonelt gjennomført basisopplæring for koordinatorene.

Basisopplæring av koordinatorgruppa

Koordinatorgruppa fikk i februar 2002 en innledende basisopplæring over 4 x 4 timer:

1. Om rettigheten til individuell plan, forskriften.
Verdigrunnlag og mål i prosjektet.
Om samtalen som verktøy.
2. Koordinatorrollen - ansvar og oppgaver.
Metoder og verktøy i arbeidet med Individuelle planer.
Nettverksarbeid og fadderordning.
3. Systemkompetanse og tiltaksnettverk (a-etat, trygdeetat, sosialkontoret)
4. IKT-basert dokumentasjon i prosjektet.

Opplæringen i øktene 1 og 2 ble i hovedsak gitt av lokal prosjektleder og Rehab-Nor. Til økt 3 var det trygdeetaten, ved Fylkestyrgdekontoret/Hjelpemiddelsentralen som stilte opp med opplæring, og ansvaret for økt 4 hadde en kommunal IKT-medarbeider.

Nettverksgruppe for koordinatorene

Lokal prosjektleder har invitert koordinatorgruppa til i alt fire nettverksmøter, der en med basis i støttegruppemodellen har gitt koordinatorene anledning til kollegabasert veiledning samt læring på spesielt aktuelle enkelttema.

Veiledning

Vi vet fra andre tilsvarende prosesser at fagpersoner som går inn i koordinatorrollen har stort behov for veiledning, spesielt i startfasen. Veiledningsbehovet vil gå på områder som

- Ideologi og verdier i dette arbeidet. Sammenhengen mellom disse og valg av innfallsvinkel, metodikk og praktiske rutiner i arbeid med enkeltsaker.

- Rådgivning i forhold til enkeltsaker.
- Veiledning og støtte i forhold til dokumentasjon og bruk av dokumentasjonsverktøy.
- Personlig veiledning i forhold til håndtering av opplevelser, inntrykk og reaksjoner i koordinatorfunksjonen.

Fadderordningen (kap. 5.9, side 17) har vært det sentrale virkemiddelet i forhold til koordinatorenes behov for veiledning. Koordinatorene har også selv uttrykt at de to omgangene med intervjuer som Rehab-Nor har gjennomført (kap. 6.6 nedenfor) inneholdt klare elementer av veiledning.

Opplæring i øvrig organisasjon

Systemkoordinator, og særlig lokal prosjektleder, har systematisk og fortløpende brukt den erfaringen prosjektet har gitt som input i ulike prosesser i forhold til øvrige deler av det kommunale apparatet. Et eksempel på dette er dialogen som har pågått mellom prosjektleder og PPT og skoleverket, med sikte på å kople sammen kunnskap og kultur utviklet i forhold til individuelle opplæringsplaner med tenkning og erfaring fra arbeidet med Individuelle planer. Det har også blitt gitt informasjon omkring prosjektet og konseptet Individuell plan i flere andre kommunale sammenhenger, med tanke på å berede grunnen for en bredest mulig forståelse og aksept på sikt.

6.5 Utvelgelse av brukere.

For å komme raskt igang ble spørsmålet om aktuelle brukere for Individuelle planer som ledd i prosjektarbeidet reist allerede under oppstartmøtet i september 2001. Brukerne som skulle få tilbudet ble foreslått av fagapparatet, med utgangspunkt i forskriften om individuelle planer ("langvarige og sammensatte behov") og ønsket om en viss spredning i alder og type hovedproblemstillinger.

Potensielle brukere ble kontaktet av en koordinator, som ga informasjon om Individuell plan og prosjektet, og spurte om de var interesserte i å delta.

6.6 Intervjuer med koordinatorene.

I løpet av september og november gjennomførte Rehab-Nor intervjuer med koordinatorene i prosjektet. Alle ble i utgangspunktet innkalt, men noen få meldte forfall eller møtte ikke opp. Hensikten med det første intervjuet var å få kartlagt erfaringene og vurderingene i forhold til arbeidet som koordinator så langt i prosjektet, og å få fram hvilke områder det framsto som spesielt viktig å sette inn ressurser i forhold til i den siste delen av prosjektet.

Formålet med det andre intervjuet var å oppsummere og drøfte koordinatorenerfaringene med tanke på sluttrapporteringen og utfordringer for videreføring.

Intervjuene tok utgangspunkt i intervjuguider. Vi la vekt på å få igang samtaler omkring erfaringer, opplevelser, refleksjoner og kunnskaper som koordinatorene satt inne med. Rehab-Nor opplevde disse intervjuene/samtalene som meget nyttige og informative.

7 RESULTATER, ERFARINGER

7.1 Antall Individuelle planer, "etterspørsel".

Ved prosjektslutt var kommunen i gang med i alt 11 Individuelle planer som ledd i prosjektet. 9 kommunale medarbeidere var aktivt igang som koordinatører.

Brukerne representerer et bredt spekter av situasjoner og behov, og alder. I tillegg til fysiske funksjonshemninger er både utviklingshemning, psykiatri og rusmisbruk representert.

Behovet for utarbeidelse av Individuelle planer, har i prosjektperioden vist seg å være større enn forutsett. Mens man i andre kommuner til dels har opplevd svært liten etterspørsel fra brukere/pårørende, har pågangen i Tvedestrand etter hvert blitt betydelig. Det har vært et dilemma at en gjerne skulle ha gjennomført prosjektet og fått etablert både kunnskapen og strukturene bedre før en tok fatt på nye saker, mens brukernes rettigheter gjelder uavhengig av gjennomføringen av prosjekt eller ikke.

Kommunen har i denne situasjonen valgt å gjennomføre en noe kortere opplæring av fire nye koordinatører, og en har satt igang noen (i alt 11) enkeltsaker utover de som er definert som "målgruppen for prosjektet". Noen saker er satt på venteliste. Av disse har 8 hatt kontakt med systemkoordinator om ønske om Individuell plan, mens ca 15 er identifisert av fagapparatet som personer der en vil tilby slike planer.

En del av de medarbeiderne som deltok i den første koordinatøropplæringen har arbeidet med Individuelle planer både for brukere som er en del av den opprinnelige målgruppa og for nye brukere som har kommet til underveis. Når vi har intervjuet koordinatørene, bygger de på sine erfaringer med alle de sakene de har arbeidet med. Erfaringsgrunnlaget for prosjektrapporten er således de 11 "opprinnelige" sakene + de 11 igangsatte sakene underveis, til sammen 22 enkeltsaker.

Det planlegges ny omgang med koordinatøropplæring av nærmere 30 medarbeidere i mars 2003.

Rehab-Nor sin oppsummering og vurdering:

- Vi konstaterer så langt en påtakelig forskjell i etterspørsel etter individuelle planer mellom Tvedestrand og andre kommuner vi har kontakt med. Det er interessant å drøfte hva denne forskjellen kan skyldes, hva erfaringene i Tvedestrand eventuelt kan si om hvilken utvikling en må forutse også andre steder, og hvilke konsekvenser dette kan få.

Vi tror det er flere grunner til at etterspørselen har blitt såvidt stor i Tvedestrand:

- Brukerne er, gjennom brukerrepresentasjon i ulike grupper i prosjektene, trukket inn og blitt informert om rettigheten i forhold til individuelle planer og hvor man kan henvende seg i slike saker i Tvedestrand kommune (systemkoordinator).
- Kommunen har lagt spesiell vekt på å informere og inkludere hjelpeapparatet så bredt som mulig, både i tidligere og spesielt i dette prosjektet. Dette har medført at relativt mange kommunale fagpersoner er blitt oppmerksomme på både brukernes rettigheter og hvor man kan henvende seg. Dette er kunnskap de har med seg i møte med ulike potensielle "Individuell plan - kandidater", og vi kjenner til at mange fagpersoner har vært bevisste på å informere potensielle brukere om deres rettigheter/muligheter i forhold til Individuelle planer.

Vårt inntrykk er at det er det siste punktet som forklarer mest, dvs at de ansattes kunnskaper om og etableringen av en tydelig, ansvarlig instans (systemkoordinator) foreløpig forklarer mer av etterspørselen enn mer generell informasjon til publikum.

- Videre viser denne utviklingen at når en kommune begynner en åpen, bred og systematisk utviklingsprosess som omfatter både kompetanse og system omkring helhetlige Individuelle

planer, må en være forberedt på at etterspørselen vil kunne øke relativt raskt. Det vil kunne bli vanskelig å følge opp denne parallelt med at en skal arbeide med oppbygging av kunnskap, strukturer, dokumentasjonsverktøy og -rutiner og samhandlingsmønstre. En bør derfor på forhånd tenke gjennom, fortrinnsvis også drøfte med representanter for brukergruppene, strategier for å møte denne situasjonen.

7.2 Hva har brukere gitt uttrykk for?

Kilden til kunnskap om brukererfaringer.

Brukernes egne erfaringer er på mange måter det viktigste erfaringsmaterialet i prosjektet. Det kunne således vært aktuelt å inkludere en systematisk brukerundersøkelse i selve prosjektet. Dette er ikke gjort, av følgende grunner:

- For få, om noen, brukere vil prosessen knyttet til utvikling og realisering av Individuell plan være kommet så langt i løpet av den begrensede prosjektperioden at de har grunnlag for en mer samlet evaluering.
- Ved prosjektets avslutning vil mange brukere fortsatt være i målavklaringsfasen i forhold til deler av Individuell plan. Dette kan for noen brukere innebære at de er inne i personlige prosesser som ikke skal "brettes ut" for flere enn absolutt nødvendig.
- På det stadiet de fleste brukernes prosesser er i ved prosjektavslutning, mener vi at den evalueringen av brukererfaringer som etisk kan forsvares ligger i:
 - De mer spontane uttrykk for reaksjoner og følelser som bruker eventuelt har gitt overfor koordinator underveis i prosessen.
 - Den evalueringen bruker, i samarbeid med koordinator, eventuelt allerede har gjennomført som ledd i realiseringen av tiltakene i henhold til Individuell plan. (Hvert enkelt tiltak skal evalueres på tidspunkt som er angitt i planen.)

Ved prosjektavslutning er koordinatorene den naturlige kilden til informasjon om brukererfaringer i forhold til begge disse kildene.

Vi velger derfor, i denne rapporten, å basere oss i hovedsak på brukererfaringer slik de er fanget opp av koordinatorene. Vi vil imidlertid sterkt anbefale at det legges opp til mer systematisk kartlegging av brukererfaringene etter hvert, bl a gjennom brukerundersøkelser.

Inntrykk av brukererfaringer.

Koordinatorene forteller at brukere gir uttrykk for at de opplever samarbeidet med utgangspunkt i Individuelle planer som positivt. *"Endelig er jeg blitt sett. Nå er jeg blitt tatt på alvor for første gang"*. Brukere som har fått formulere sine egne mål er blitt mer ansvarlige i forhold til å følge opp, det er noe annet å gå på tvers av det en selv har kommet fram til enn det en utenforstående har ment var best for en. "Bevisstgjøring" og "ansvarliggjøring" er ord koordinatorene bruker omkring dette.

En bruker forteller til lokalavisa (i forbindelse med prosjektavslutningen): *"Nå har jeg begynt å leve! Ting fungerte ikke for min del før jeg begynte med denne planen. Men nå fungerer det mye bedre. Jeg vet at ting ikke behøver være så vanskelige. Jeg tar mer ansvar."* *"Jeg tok sjefsrollen."*

I én enkelt brukersak, som på flere måter representerer spesielt kompliserte utfordringer, gir imidlertid bruker uttrykk for at arbeidet med Individuell plan så langt ikke har svart til forventningene.

7.3 Hva mener koordinatorene?

Rehab-Nor har gjennomført to intervju-runder med koordinatorene, en i september og en i november 2002. I dette kapitlet oppsummeres noen av de erfaringene og synspunktene som kom fram under disse intervjuene.

Tidligere erfaringer

Flere koordinatorene har tidligere erfaringer med pleiplaner, tiltaksplaner, metadonplaner etc., men erfaringene er i liten grad positive: *"Problemorienterte", "skrevet bare for å få ressurser", "lite føringer - opp til hver enkelt"* er noen av utsagnene.

Ideologi og mål

Prosjektets ideologi har vært tydelig for koordinatorene. Noen uttrykker den slik: *"Planen er brukers."* En annen sa: *"Denne ideologien burde alltid preget tjenestene. Men, små marginer hos bruker skaper overtramp, selv om fagpersonen egentlig ikke mener eller ønsker det. Derfor er arbeidsmåte og innfallsvinkel så viktig."* Koordinatorene var dessuten svært klare på at det er nødvendig at slikt prosjektarbeid styres av en klar ideologi.

Koordinatorene formulerte sin forståelse av målet med prosjektet i to hovedpunkter: 1) Få fram hva bruker mener er viktig for brukers livskvalitet, og forankre tiltakene i det. 2) Utvikle tverrfaglig samarbeid omkring realisering av felles mål: **Brukers livskvalitetsmål.**

Representerer Individuelle planer noe nytt?

Det er lagt vekt på å gi dette prosjektet en tydelig ideologisk forankring: Bare brukeren¹⁴ har rett til, og ansvar for, å definere hva som er viktig i brukerens liv, og dermed hva som er brukerens mål. Om fagfolk tar styring på dette punktet, begår de overtramp, selv om bruker i utgangspunktet uttrykker ønske om dette.

Når denne ideologiske plattformen og innfallsvinkelen presenteres, møter Rehab-Nor ofte umiddelbart reaksjonen "men dette er da ikke noe nytt, det er jo slik vi allerede arbeider". Derfor ble koordinatorene, etter at de var kommet igang med arbeidet med enkeltplaner, spurt om arbeidet med individuelle planer i dette prosjektet representerer noe nytt og anderledes. Uten unntak gir de, på ulike vis, uttrykk for at svaret er "ja". Eksempler på formuleringer:

"Den viktigste forskjellen er at det nå er brukeren som skal formulere sine egne mål, ikke vi på vegne av brukeren."

"Vi har gått fra å si og tro at vi setter brukeren i sentrum til faktisk å gjøre det!"

"Det setter brukeren i førersetet i eget liv"

"Nydelig ikke å skulle være "eksperten", men en samtalepartner."

"Om enkelte tiltak ikke lykkes er ikke det noen katastrofe, for målene står fast. Så får vi sammen finne andre måter å forsøke å realisere dem på."

"Mindre fokus på "alle diagnosene", i alle fall innledningsvis."

"Det er nytt at målavklaringen skal komme først, og ligge til grunn for resten." "Vi var vant til å "løpe for fort", foran bruker, med forslag til tiltak før brukers mål var avklart."

"Det viser seg å skje noe med brukerne når de blir sett og får formulere sine egne livskvalitetsmål, det forløser egne krefter og energi i dem." "Etter hvert som vi arbeidet med målavklaringen

¹⁴ For barn/umyndiggjorte: Foreldre / verge.

forsvant kommunen mer og mer ut som tiltaksansvarlig i planen, og brukeren selv kom mer og mer inn, med koordinator som "back-up".

"Krav til utfylling av alle elementene i en plan, inklusive hvem som er ansvarlig for hvert enkelt tiltak, er nytt. Nytt og strengere krav til konkretisering, til å finne konkrete arbeidsmetoder som bidrar til å sette brukers verdier ut i livet. Nytt er også kravet til å arbeide parallelt med individ og system."

Erfaringer fra samarbeidsnettverket

Hvis denne måten å tenke og tilnærme seg individuelle planer på representerer noe nytt, vil koordinatorerne i en innføringsperiode merke at ulike deler av hjelpeapparatet tenker annerledes enn dem. Dette gjelder f eks forhold vedrørende brukermedvirkning og hvilke mål som skal gjelde for arbeidet med den enkelte bruker. Vi har derfor spurt koordinatorerne om de har opplevd slik sprik. Deres svar på dette kan oppsummeres i følgende punkter:

- Til dels betydelig sprik i ideologi innledningsvis, men mindre etter hvert, i alle fall lokalt i kommunen.
- På sykehuset har en møtt en annen måte å tenke brukermedvirkning på, spesielt i målavklaringsfasen, noe som til dels har ført til "overkjøring" av bruker.
- Det kan være stor variasjon i tenkemåte mellom ulike medarbeidere i samme etat.
- En har møtt ulike holdninger i tiltaksnettverket i forhold til om brukers livskvalitetsmål (f eks overskudd til sosiale aktiviteter) skal overordnes "faglige" mål (f eks trening for å forhindre fysisk forfall). Dersom de ulike fagpersonene fortsetter å argumentere for sitt syn overfor bruker også etter at den individuelle planen er ferdig og tiltak iverksatt, kan dette skape dilemma for bruker.
- Arbeidsmåten i prosjektet synliggjør eventuelle ulikheter i ideologi, og skaper dermed et grunnlag for å ta disse opp til drøfting.

Rehab-Nor sin oppsummering og vurdering:

Koordinatorernes opplevelser og erfaringer tyder på at prosjektets livskvalitetsorienterte tilnærming til arbeid med Individuelle planer gir brukerne opplevelsen av å bli sett og respektert, - for enkelte på en helt ny måte.

Koordinatorerne gir således uttrykk for at arbeidet med Individuelle planer representerer noe avgjørende nytt og annerledes. Hovedforskjellen ligger i forutsetningen om at "brukeren skal sitte i førersetet i eget liv", og at ingen fagperson har mandat til å plassere seg der. Denne forskjellen krever ny tenkemåte og rolleforståelse, nye arbeidsrutiner og tilnærminger, og den innebærer nye suksesskriterier: I hvilken grad tar **bruker** ansvar og styring, og i hvilken grad opplever **bruker** at prosessen får fram og realiserer det som er viktigst for ham? Da blir det ikke lenger tegn på dyktighet og effektivitet hos koordinator at utviklingen av Individuell plan går raskt. Tempoet bestemmes av utviklingen av brukers egne prosesser, spesielt i målavklaringsarbeidet.

De fleste koordinatorerne opplever at arbeidet med Individuelle planer på denne plattformen representerer en mulighet for dem til å arbeide slik de "egentlig" ønsker, at det legitimerer og gir dem muligheten til å realisere deres "egentlige" verdier som fagpersoner¹⁵, og at dette oppleves meningsfullt og givende.

Et annet inntrykk er at flere av koordinatorerne har gjort positive erfaringer i forhold forløsning av brukers egen motivasjon og ressurser når fokuset flyttes fra diagnoser og problemer til hva som er

¹⁵ Dette er erfaringer som også stemmer fullt ut med erfaringer gjort i prosjektet "Livskvalitet på sykehjem", som er gjennomført bl a på sykehjemmet i Tvedestrand.

viktig for brukers egen opplevelse av livskvalitet. I samtaler med slik vinkling opplever bruker seg sett og respektert som menneske, og ikke lenger betraktet som "kasus" eller "problem".

En konklusjon er derfor: Konseptet "Individuell plan" representerer noe nytt i forhold til tradisjonell "faglig" tilnærming og arbeidsrutiner. Men dette "nye" viser seg å være vanskelig å kommunisere verbalt og "intellektuelt". Det er først gjennom praktisk erfaring, i samarbeid med enkeltbrukere om deres Individuelle planer, at fagfolkene virkelig får forståelsen av hva livskvalitetsfokus, mål før tiltak og "brukers liv og prosess" betyr og kan utløse av egenverd og ressurser hos bruker. Når de først har sett dette, bruker koordinatorene gjerne sterke bilder og uttrykk når de skal sette ord på hva de ser at dette betyr for brukerne. De uttrykker seg også svært positivt om hva dette betyr for dem selv som fagpersoner.

Koordinatorer forteller at samarbeidet med andre instanser er avhengig av hvilken tjenesteyter en får kontakt med. Samarbeidet kan gå "som en drøm" med en tjenesteyter, med andre innen samme etat oppleves som "nesten bare problemer". Sitatet er et ekstremt eksempel mer enn et typisk. Det illustrerer imidlertid at det i enkelte etater, både kommunale og lokale statlige, er behov for å etablere både større ideologisk bevissthet og en mer felles bedriftskultur enn tilfellet er nå.

7.4 Forankring i ledelsen.

Vi har tidligere (kap. 2) referert den prosessen som gikk forut for prosjektgjennomføringen i Tvedestrand. Denne prosessen førte bl a fram til et kommunestyrevedtak der den politiske ledelsen slår fast at individuelle planer skal etableres som arbeidsverktøy i kommunen " slik intensjonen i aktuell forskrift beskriver". Det er verdt å merke seg at dette vedtaket ble fattet mer enn ett år før forskriften om individuelle planer ble gjort gjeldende.

Gjennom rådmannens oppfølging av kommunestyrevedtaket ble det slått fast at individuelle planer var noe den kommunale organisasjonen skulle arbeide med, og at de angår hele organisasjonen, ikke bare helse/sosial.

Gjennom prosjektperioden har en så sett:

- Den innledende forankringen av individuell plan som tverretatlig konsept i både faglig (PRO), administrativ og politisk ledelse har representert en verdifull ryggdekning i prosjektarbeidet. Uten denne ville arbeidet sannsynligvis vært umulig å gjennomføre.
- I de innledende fasene måtte både administrasjon og politikere forholde seg til "Individuelle planer" som et relativt generelt og overordnet konsept. En hadde ikke kunnskaper nok til å konkretisere i særlig grad hva arbeid med slike planer ville innebære. Når selve prosjektarbeidet kom i gang, ble det mer tydelig f eks at koordinatorfunksjonen ville innebære behov for en viss omprioritering av tidsbruk for medarbeidere som gikk inn i denne. Videre kom det fram at prosjektarbeidet ville få konsekvenser i forhold til etablerte måter å tenke på, og i forhold til etablerte arbeidsrutiner. Det ble da vanskeligere å følge opp den innledende, overordnede enigheten. Dette avspeiles bl a i det faktum at koordinatorteamet i prosjektperioden i realiteten bare har bestått av ansatte i PRO pluss en medarbeider fra sosialkontoret. Dette til tross for at alle etatene, inklusive også skole/oppvekst og kultur, i utgangspunktet var invitert til å delta.

Den innledende forankringen av "Individuell plan-tanken" i kommunens ledelse har altså vist seg å være nødvendig for oppstart og framdrift i arbeidet, men ikke tilstrekkelig for reelt engasjement og forankring på tvers innenfor den kommunale organisasjonen.

I siste del av prosjektperioden har rådmannen tatt konsekvensen av denne erfaringen og er, sammen med lokal prosjektleder, i gang med arbeid på flere fronter for å fremme videreutvikling og bredere forankring. Dette gjenspeiles både i budsjettet for 2003 og i ulike initiativ tatt overfor deler av

organisasjonen. Individuell plan som kommunal strategi og system for tjenesteyting skal behandles i kommunestyret i løpet av våren 2003.

Rehab-Nor sin oppsummering og vurdering:

Etter Rehab-Nors vurdering er det viktig å merke seg at erfaringen tydelig viser nødvendigheten av klar og tydelig forankring i ledelsen som **utgangspunkt** for slik tverretattlig utviklingsarbeid, samtidig som det er nødvendig med **løpende oppfølging** fra ledelsens side. Individuelle planer innebærer at tjenesteapparatet skal ta utgangspunkt i brukers helhetlige situasjon og behov mer enn i egen administrativ og økonomisk inndeling (horisontal integrering). Dette krever aktiv overgripende ledelse på nivået over de enkelte enheter/etater i den kommunale organisasjonen. Vi ser mange eksempler på hvor vanskelig det viser seg å være å få etablert reell horisontal integrering, og mener at en viktig forutsetning for å lykkes er nettopp at rådmannen, som kommunens øverste administrative leder, markerer klart og tydelig standpunkt og tar de initiativene innledningsvis og underveis som viser seg nødvendige.

Vi mener videre at når intensjonene med Individuell plan tas på alvor, vil det på sikt måtte få så vidt store konsekvenser, både for tilbudet til publikum og for kommunal økonomi og organisering, at det er viktig å involvere politisk ledelse helt fra starten av.

Ellers har prosjektet vist hvor avhengig utviklingsarbeid av denne karakter er av en lokal daglig prosjektleder og systemkoordinator som har innsikt i og identifikasjon med den grunnleggende ideologien for arbeidet. Individuelle planer som konsept innebærer etter vår mening noe mer enn å sette i system noe "alle" allerede vet og ønsker. Å implementere Individuelle planer som verktøy for kommunal tjenesteyting krever derfor holdningsbearbeiding og verdiorientert ledelse i tillegg til alt det mer praktiske, faglige og organisatoriske utviklingsarbeidet.

I tillegg viser erfaringene hvor nødvendig det er at prosjektarbeidet ledes i det daglige av en medarbeider som har den nødvendige legitimitet i forhold til de ulike delene av den kommunale organisasjonen og som har gode kunnskaper om organisasjonen. Det framstår som svært viktig at ansvaret for denne typeutviklingsarbeid plasseres nærmest mulig "rådmannens stab". Samtidig er det viktig og nødvendig at slikt arbeid forankres i ledelsen i alle deler av den kommunale organisasjonen. I praksis er det en betydelig fordel om deler av organisasjonen helt fra starten av tydelig identifiserer seg med verdisyn og mål for prosjektarbeidet, og kan fungere som "motor". I Tvedestrand har HO (tidligere PRO) hatt en nøkkelrolle i så måte.

7.5 Erfaringer i forhold til tiltaksnettverket.

Potensielle tiltakshavere tidlig inn!

I opplæringen av koordinatorene ble det understreket at avklaringen av brukers livskvalitetsmål dreier seg om personlige og for mange følsomme spørsmål. Slike skal ikke "brettes ut" og drøftes med mange til stede. Målavklaring er derfor i utgangspunktet en prosess for bruker og koordinator, ikke for tverrfaglige grupper som f.eks. ansvarsgrupper¹⁶.

Når mål begynner å avtegne seg og en skal tenke i retning av mulige løsninger for å nærme seg målene, er det imidlertid ofte nødvendig å arbeide tverrfaglig. Dette kan gjelde både for å bringe inn relevant kunnskap om muligheter og begrensninger, og for å drøfte konkrete løsninger.

Vi har i dette prosjektet sett klart at det er viktig at instanser som eventuelt kan komme til å få oppgaver som tiltakshavere i henhold til Individuell plan, bringes inn i prosessen så snart som mulig etter at selve målet er klart. Bruker og koordinator må normalt ikke begynne å konkretisere mulige

¹⁶ Dette betyr ikke at det ikke kan forekomme enkeltsaker der også brukers mål med fordel kan drøftes i noe bredere forum enn bare mellom koordinator og bruker. F.eks. ønsker enkelte foreldre å inkludere flere allerede i selve målavklaringen. Det vi sterkt advarer mot er å betrakte etablering av ansvarsgruppe som det første en rutinemessig skal gjøre i sammensatte saker.

tiltak uten i samråd med potensielle tiltakshavere. Dette er viktig både for å bringe tiltakshavernes kompetanse inn i prosessen før forventninger skapes og prosesser låses, og for at tiltakshaver skal få best mulig grunnlag for sitt eventuelle videre engasjement i saken.

Samhandling med fylkeskommunale og statlige instanser

I mange enkeltsaker har bruker behov for tilbud og tjenester fra andre instanser enn de kommunale. Fylkeskommunen er en viktig aktør i forhold til videregående skole, og staten kommer ofte tungt inn som eier av sykehus og sentrale spesialistinstusjoner, samt gjennom Aetat og trygdeetat.

Det er en generell erfaring at overgangene mellom ulike nivåer er spesielt kritiske for brukere med hjelpebehov. Om ikke bruker skal måtte ”begynne fra nytt” igjen ved slike overganger må en sikre at kunnskap og opplegg som er utviklet på det ene nivået blir overført til det neste.

Prosjektet har allerede gjort noen få, men viktige erfaringer i forhold til samarbeid over disse grensene. Kort oppsummert:

- Sykehuset har gjennomført et prosjekt der det er utviklet en retningslinje for hvordan sykehuset skal samarbeide med hjemkommune når pasient har rett til individuell plan. Retningslinjen har vært til uttalelse i kommunene, og i Tvedestrand mener man at den er et godt utgangspunkt. Det ser imidlertid ut til at denne retningslinjen er lite kjent internt på sykehuset, og at det således finnes ulike oppfatninger om hva Individuell plan er, hvordan en bør tilnærme seg arbeidet med f eks målavklaring, og fordelingen av ansvar og oppgaver i enkeltsaker mellom sykehus og kommune. Dette kan lett skape problemer når samordnet og målrettet innsats fra begge parter er nødvendig. Det er derfor viktig å komme i konstruktiv dialog med sykehuset for å sikre større grad av felles forståelse. Som et verktøy i dette hører også utviklingen av omforente informasjons- og dokumentasjonsrutiner med.
- Kommunen har også gjort erfaringer i forhold til overgangen mellom grunnskolen og videregående skole (fylkeskommunal). I enkeltsaker der det gjennom år er utviklet planer og opplegg som fungerer for elever med særskilte, ofte sammensatte behov, er det spesielt viktig at overgangen til ny skole blir mest mulig preget av kontinuitet. I motsatt fall kan elevens mulighet for å nyttiggjøre seg tilbudet på den nye skolen bli sterkt skadelidende.

Kommunen strekker seg langt for å gi erfaring og kompetanse videre til de instanser som skal overta ansvaret for eleven. En har imidlertid erfart at det er behov for bedre ordninger for slike overganger. Først og fremst er det viktig å sikre at eleven ikke blir skadelidende, f eks grunnet diskontinuitet i nødvendige tiltak. Dette krever bl a rutiner som sikrer planlegging og forberedelse på den nye skolen i tilstrekkelig god tid før skolestart. Dernest er det nødvendig med en bedre avklaring av økonomisk ansvar, behov, rammer og muligheter.

Organiseringen av tverrfaglig samarbeid.

Bruk av ”ansvarsgrupper” er etablert som standard arbeidsmetode for samordning og koordinering i en del sammenhenger. Ikke minst innarbeidet er bruken av ansvarsgrupper innen skole, i PPT, helsestasjonen og sosialtjenesten.

I prosjektet er det lagt vekt på at bruk av ansvarsgruppe kan være en av flere mulige arbeidsmåter, men at det ikke skal være noen ”automatikk” i at slik gruppe etableres. Eventuell etablering av ansvarsgruppe skal ikke være det en starter med, og det skal ikke være flere medlemmer i en slik gruppe enn de som faktisk har noe å bidra med i saken til enhver tid.

På mange måter skal koordinatorfunksjonen ivareta mange av de oppgavene ansvarsgruppene tradisjonelt har vært tillagt. Når en i enkeltsaker finner det hensiktsmessig å supplere koordinatorfunksjonen med en tverrfaglig gruppe for samarbeid om tiltak, har en i Tvedestrand valgt å kalle denne ”samarbeidsgruppe”.

Bakgrunnen for denne revurderingen av ansvarsgruppene er:

- Det er sentralt i prosjektets ideologi at tiltak skal bygge på brukers livskvalitetsmål. Det å komme fram til livskvalitetsmålene innebærer for mange en prosess av svært personlig art, som av hensyn til både selve prosessen og brukers integritet og personvern ikke skal "brettes ut" for flere enn absolutt nødvendig. Tverrfagligheten i en gruppe kan være svært viktig når muligheter skal vurderes og tiltak foreslås, men ingen fagfolk, enkeltvis eller i gruppe, er "eksperter" på hva som er den enkelte brukers livskvalitetsmål. Vi sier således at målavklaringsprosessen i hovedsak skal være en prosess for bruker, med koordinator som støttespiller. Livskvalitetsmål diskuteres normalt ikke i team!
- Denne hovedregelen støttes også av mange og sterke bruker-tilbakemeldinger som bl a Rehab-Nor har fått i ulike sammenhenger. Mange fagfolk opplever ansvarsgruppene som tidsødende, ineffektive og til dels frustrerende. Mange brukere/pårørende opplever dem som skremmende, ydmykende og overkjørende.
- I tillegg er vi forpliktet til å se kritisk på ressursanvendelsen i alle ledd, og systematisk bruk av til dels store ansvarsgrupper kan innebære bruk av svært mange timeverk. Vi mener at i de fleste enkeltsakene vil ressursene kunne brukes langt mer effektivt, eventuelt komme flere brukere til gode, om en organiserer tverrfagligheten på en mer individuell og dynamisk måte, f. eks. slik vi i prosjektet har erfart at koordinatorfunksjonen kan medvirke til.
- Ansvarsgrupper kan imidlertid i noen saker være nyttige i forhold til målavklaring. Dette kan være i tilfeller der bruker selv ikke kan artikulere sine mål og prioriteringer, og der nærpersoner og eventuelt fagpersoner som observerer bruker i dagliglivet kan inngå i en konstruktiv dialog for å få et så godt bilde av livskvalitet og mål sett fra brukers side som mulig.

Når livskvalitetsmål er avklart, og en skal videre til mer konkrete delmål og forslag til tiltak, kan det være nødvendig å arbeide tverrfaglig. I prosjektet har koordinator da hatt ansvar for å sette sammen denne tverrfagligheten i samråd med bruker. Hvem som skal trekkes inn, og om en i den enkelte sak finner det mest hensiktsmessig å arbeide som nettverk eller i gruppe eller i kombinasjoner av disse arbeidsmåtene, – bør vurderes i hver enkelt sak.

Denne måten å tenke tverrfaglig samarbeid på har skapt reaksjoner i deler av de fagmiljøene som har mest innarbeidede tradisjoner på rutinemessig bruk av ansvarsgrupper. Spesielt innen PPT og skolen er det rutiner og kultur, og formelle forhold, knyttet opp mot bruk av ansvarsgrupper. Vi har i prosjektperioden ikke kommet til veis ende i forhold til å etablere ny og mer dynamisk praksis for organisering av tverrfaglig samarbeid her. Det er imidlertid utarbeidet et dokument i kvalitetssystemet som heter "Prinsipper for tverrfaglig organisering" (Vedlegg 7), som stiller krav til individualisering og dynamikk som ikke lar seg forene med en arbeidsmåte som betyr rutinemessig etablering av ansvarsgrupper i tradisjonell forstand.

Individuelle planer kan "smøre" samarbeid.

Koordinatorer forteller at når de i enkeltsaker kontakter potensielle samarbeidsparter og har en påbegynt Individuell plan som utgangspunkt, er det ofte mye lettere å få til et konstruktivt samarbeid enn tidligere. Enkelte samarbeidsparter/tiltakshavere opplever det som en trygghet å vite at det faglige bidraget de gir inngår målrettet i en større og gjennomtenkt helhet, og at det er fagpersoner som har ansvar for denne helheten.

Flere gir også tilbakemeldinger om at når det er tydelig at målene som er formulert for arbeidet virkelig er **brukers** (og ikke en fagpersons eller etats) mål, blir det mye mindre av de "faglige" diskusjonene der ulike profesjoner slåss for at nettopp deres måte å se saken på må være den riktige. Tverrfaglig samarbeid blir klart enklere når en slipper å diskutere hvem som har mest brukerfokus og i stedet i fellesskap kan ta utgangspunkt i brukers fokus.

I koordinatoropplæringen tok vi mye opp koordinators og brukers roller, - ikke så mye tiltakshavernes rolle. Erfaringen har vist at det er nødvendig også å være klar på tiltakshaverrollen. Dette er derfor tatt inn som eget punkt i dokumentet "Rollebeskrivelse" som er utviklet i prosjektets slutfase (jf Vedlegg 5). Bl a har vi sett hvor viktig det er å få alle tiltakshaveres forståelse og aksept for nødvendigheten av lojalitet overfor den individuelle planen. Dersom en tiltakshaver av ulike grunner skulle komme til at han ikke kan ta utgangspunkt i de målene som er satt opp i den individuelle planen, eller at hans tiltak bør være andre enn angitt der, står han ikke fritt til å endre opplegg og strategi. Dette må i så fall tas opp med koordinator og bruker, og det må eventuelt gås noen nye runder i planprosessen.

Individuelle planer krever lojalitet.

Vi har imidlertid også sett eksempler på hvor viktig det er at alle tiltakshavere forstår hva som ligger bak og er lojale i forhold til brukers livskvalitetsmål. Om så ikke er tilfelle kan en tiltakshaver f eks gi uttrykk for at "det kan da ikke være så viktig", eller "jeg mener noe annet må være viktigere", og arbeide ut fra det. I så fall kan bruker oppleve å komme i en vanskelig lojalitetskonflikt, bli usikker og miste motivasjon. Dessuten kan koordinator miste muligheten til å holde oversikt og følge opp planen slik som forutsatt. Det å overprøve brukers mål kan i verste fall anses å være et overgrep i forhold til bruker.

Dette betyr selvsagt ikke at fagfolk som kommer inn i prosessen som tiltakshavere i henhold til en Individuell plan skal "tvinges" til å gjøre ting de mener er faglig feil. Om slike situasjoner skulle oppstå må tiltakshaver ta saken opp med koordinator, kanskje er det behov for en ekstra "runde" i målavklaringsprosessen, kanskje har koordinator bakgrunnsinformasjon som stiller saken i et annet lys, eller det kan være behov for å løfte saken opp til ledernivå for en mer prinsipiell avklaring.

Det er derfor en viktig del av prosessen å utvikle tiltakshaver-rollen, og definere hvilke forpliktelser og ansvar tiltakshavere har i denne rollen i tillegg til de mer tradisjonelt faglige.

Rehab-Nor sin oppsummering og vurdering:

I praksis har koordinatorene hatt 10 måneder på seg til å gå inn i arbeidet med Individuelle planer som ledd i prosjektet. I hver enkelt sak har en startet med målavklaring. Dette har i noen tilfeller gått raskt, og en har kommet over i tiltaksfasen etter kort tid. For andre brukere, eventuelt for de samme brukerne men på andre livsområder, har målavklaringen krevd en prosess over noe tid (ikke nødvendigvis mange timeverk).

Etter såvidt kort tid har koordinatorene de bredeste erfaringene knyttet til de innledende fasene av planarbeidet, - målavklaring og til dels tverrfaglig drøfting av muligheter og tiltak. Koordinatorene har mindre erfaringer fra de senere fasene i prosessen. Det er kun i 4-5 saker at en har utviklet Individuell plan og etablert et tiltaksnettverk som er rimelig dekkende i forhold til brukers mål.

Til tross for en kort prosjektfase mener vi at det allerede er gjort mange erfaringer som vi vurderer som viktige i forhold til prosjektets hypotese om at individuelle, helhetlige og livskvalitetsfokuserede planer kan være et godt "verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnytting". Vi synes følgende er spesielt oppmuntrende i så måte:

- Koordinatorer opplever at konseptet utløser ressurser hos bruker selv, motiverer og ansvarliggjør.
- Individuelle planer der brukers egne livskvalitetsmål kommer tydelig fram fungerer som et godt grunnlag for effektivt tverrfaglig samarbeid.
- Motstanden mot konseptet Individuell plan reduseres, spesielt innen kommunens organer.
- Dokumentasjonen av den individuelle planen er et egnet utgangspunkt for både ansvarliggjøring av involverte parter (inklusive bruker selv) og for kvalitetssikring av tiltaksfasen.

7.6 Sosialkontorets rolle.

I dette kapitlet vies noe plass til erfaringer knyttet til en enkelt av de kommunale sektorene, nemlig sosialkontoret. Dette er gjort fordi erfaringene herfra synes å være typiske. De illustrerer utfordringer som en møter, i ulike varianter og ulike sektorer, uansett hvor Individuelle planer skal implementeres. Det er derfor viktig å analysere dem litt nærmere.

Som tidligere nevnt besluttet sosialkontoret tidlig å følge utfordringen fra lokal prosjektleder om å gå inn i enkeltsaker som koordinatorene. Intensjonen var at alle ansatte ved kontoret skulle fungere som koordinator i hver sine enkeltsaker som ledd i prosjektet. Ved prosjektslutt er situasjonen imidlertid at bare én av de ansatte har kommet igang og arbeider med realiseringen av en Individuell plan. Andre begynte, men sakene stoppet av ulike grunner opp, og de har ikke tatt fatt på nye.

Lederen uttrykte i intervju med Rehab-Nor ved prosjektslutt at hun hadde trodd at det skulle gått mer av seg selv at medarbeiderne gikk inn i dette, og at hun for seint ble klar over at det nok var mindre entusiasme i staben enn forutsatt. Noe av grunnen, mente hun, ligger i at for mange av brukerne av sosialkontoret dreier alt seg bare om å få sine rettigheter i form av penger. Mange ønsker ingen ytterligere "innblanding" omkring egne mål. De vil egentlig ha så lite med sosialkontoret å gjøre som mulig. I denne situasjonen er det ikke så lett å komme i den dialogen med bruker som utvikling av en helhetlig og livskvalitetsfokusert Individuell plan forutsetter.

Samtidig er det kommet fram antydninger underveis som tyder på at enkeltmedarbeidere ved kontoret sitter med noe frustrerende erfaringer fra tidligere "prosjekter" preget av store vyer og fine ord, som ikke har hatt bakkekontakt og som ikke er blitt fulgt opp. Disse "prosjektene" har resultert i lite annet enn at engasjerte medarbeidere er blitt desillusjonert.

Det er imidlertid verdt å merke seg at det bl a gjennom intervjuer Rehab-Nor har hatt med koordinatorene er kommet fram at deres opplevelse av sosialkontoret som samarbeidspartner i enkeltsaker har utviklet seg klart positivt i løpet av prosjektperioden.

Rehab-Nor sin oppsummering og vurdering:

Som sagt innledningsvis i dette kapitlet er utviklingen ved sosialkontoret interessant fordi den er typisk for en mulig utvikling som vi ofte ser, og fordi det er mulig å trekke generelle erfaringer og lærdom av den:

- Arbeid med ulike brukergrupper stiller krav til ulike tilnærminger og representerer ulike utfordringer i forhold til fortolkning av forskrifter og verdigrunnlag. Dette er noe av det vi har vært interesserte i å få erfaringsbasert kunnskap om gjennom prosjektet. Allerede under koordinatoropplæringen tok representant for sosialkontoret opp spørsmålet om Individuelle planer er hensiktsmessige for alle typer brukere. Hva med dem som "bare er ute etter pengene", og som ikke vil ha noe med hjelpeapparatet å gjøre ut over dette? På det tidspunktet kunne vi ikke vise til konkrete erfaringer knyttet til slike brukere, men vi reflekterte litt rundt problemstillingen og mente at dette var et av de områdene det ville være viktig å gjøre erfaringer i forhold til.

Nå ble det bare en av medarbeiderne ved kontoret som kom i gang med Individuell plan, en enkeltsak som vi for øvrig vurderer som svært nyttig og lærerik. I forhold til problemstillingen nevnt ovenfor kan vi bl a si at denne ene saken har illustrert hvor viktig det er at arbeidet med Individuell plan initieres når brukeren er i en fase der hun/han er "tilgjengelig" og har ønske om endringer.

- Sosialkontoret har i lang tid arbeidet mye med "koordinering" i den mer tradisjonelle betydningen av begrepet, dvs samordning av mange tiltak og aktører i henhold til tiltaksplaner. Intervjuer Rehab-Nor har hatt tyder på at flere av medarbeiderne der ikke fullt ut forsto at "koordinering" i dette prosjektet innebærer vesentlig mer. Antakelsen om en slik misforståelse støttes av at Rehab-Nor har fanget opp noe misnøye med at prosjektledelsen ikke

innledningsvis viste interesse for å nyttiggjøre seg sosialkontorets "brede erfaring i forhold til koordinering"¹⁷. På den annen side var det så vidt oss bekjent ingen ved kontoret som tok ansvar for å bringe egen kompetanse på dette området på banen og stille den til disposisjon for utviklingsarbeidet.

- Situasjoner som den som er beskrevet ovenfor må påregnes når Individuelle planer basert på dette prosjektets konsept skal innføres som arbeidsredskap. Vi har erfaring for at medarbeidere innenfor mange miljøer vil hevde, etter å ha fått den første presentasjonen av konseptet, at "det er jo slik vi arbeider, og har arbeidet lenge". Vi har imidlertid samtidig til gode å oppleve at medarbeidere som går inn i konseptet og høster erfaringer med det gjennom praktisk arbeid, vil holde fast på at det er slik de allerede "har arbeidet lenge". For de fleste er det således først gjennom egne praktiske erfaringer at den grunnleggende forståelsen for konseptet kommer.

I slike situasjoner stilles det krav til ledelse og lederstøtte dersom en skal få igang de ønskede endringsprosessene. Når endring av praksis kan bygge på ny forståelse hos de ansatte, går som regel endringene rimelig greit. Når utviklingen av forståelsen krever forutgående endring av praksis, må det imidlertid tydelig ledelse til både i form av klart formulerte krav om endring av praksis og samtidig opplegg for støtte, oppfølging, veiledning og tilrettelegging.

Rehab-Nor sitt inntrykk er at en i samhandlingen med ledelsen ved sosialkontoret ikke fikk vektlagt ledelsesutfordringene på dette punktet tilstrekkelig, og heller ikke fanget dem opp når det viste seg at utviklingen ikke gikk som ventet. Forklaringene på dette er ikke så interessante i denne sammenhengen. Det viktige for oss er å påpeke at denne erfaringen viser klart hvor viktig tydelig og støttende linjeledelse er i slike utviklingsprosesser.

Vi synes det er synd at vi ikke kom lenger i prosjektet med å gjøre konkrete erfaringer innenfor sosialkontorets arbeidsområde. Vi ser at det ligger spesielle utfordringer der, men tror samtidig at det er mye å hente. Vi mener at den ene saken som en av medarbeiderne ved sosialkontoret har arbeidet med støtter denne antakelsen. Vi ser at økonomiske og andre forhold som sosialkontoret har kompetanse og ressurser i forhold til inngår som elementer i en stor andel av de Individuelle planene. Det er derfor viktig at sosialkontoret kommer raskest mulig "på banen" i forhold til konseptet. Av St.meld. nr. 14: **Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten** framgår det at Regjeringen ser behovet for å forankre plikten til å utarbeide individuelle planer i flere lovverk enn bare helselovgivningen¹⁸, og det er interessant å merke seg at det er nettopp sosialtjenesteloven en har valgt å prioritere i denne forbindelse:

Fra kap. 3:

En lovhjemling av individuelle planer i andre aktuelle lover vil kunne være et viktig virkemiddel for å få til bedre samordning av både helsetjenester, sosiale tjenester, arbeidsrettede tjenester og økonomiske overføringsordninger for en videre målgruppe enn den som omfattes av plikten i helselovgivningen.

Fra kap. 9:

Et forslag om lovfesting av rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven er sendt på høring.

7.7 Oppfølging av koordinatorteamet.

Vi har erfaring for at koordinatorteamet representerer utfordringer på mange plan, og at det er svært viktig å gi de medarbeiderne som skal gå inn i slikt arbeid god støtte. Både fordi

¹⁷ Denne erfaringen aktualiserer det problemet som ligger i at de sentrale begrepene "koordinere" og "koordinering" brukes med svært ulikt meningsinnhold, og at forståelsen for hva som ligger i "koordinator" og "koordinatortolle" følgelig blir like sprikende. Det er et behov for å finne fram til et mer dekkende begrep som fanger opp bredden i "koordinere" i arbeidet med helhetlige, livskvalitetsfokuserede individuelle planer.

¹⁸ Se tidligere i kap. 1.1

utfordringene finnes på flere områder og fordi koordinatorene er ulike som personer, har prosjektet lagt vekt på å tilby ulike former for støtte:

- Innledende koordinatoropplæring (jf "Basisopplæring av koordinatorgruppa" side 19).
- Fadder-ordningen (jf kap. 5.9, side 17).
- Nettverksgruppe (jf "Nettverksgruppe for koordinatorene" side 19).
- Også to omganger med intervjuer som har gjennomført med de aller fleste koordinatorene i siste halvdel av prosjektperioden kan nevnes i denne forbindelse, selv om disse ikke hadde støtte til koordinatorene som primær målsetting.

Det er verdt å merke seg at koordinatorene, alle som en, har gitt entydige tilbakemeldinger om hvor nødvendig oppfølgingen har vært og er. Går vi mer inn i tilbakemeldingene, finner vi følgende:

- Noen koordinatører syntes den innledende opplæringen ble litt omfattende. De ville lettere fått med seg stoffet om det ble presentert litt mer etterhvert, parallelt med at de gjorde egne erfaringer. Andre mener det var helt nødvendig med en såpass solid plattformbygging fra starten for å sikre en noenlunde samordnet utvikling.
- Samtlige koordinatører understreker at fadderordningen har vært og er en forutsetning. Det har framkommet tanker om at koordinatører som arbeider nært sammen i det daglige i enkelte tilfeller kunne hatt spesiell nytte av å få fadderveiledning sammen, og at dette kanskje kunne rasjonalisert tidsbruken for fadder noe.
- Erfaringene med nettverksgruppen er varierende, men jevnt over ikke så positive. Mange har opplevd at møtene har gitt litt lite i forhold til tidsbruken. Noen har følt at det å skulle fungere i henhold til støttegruppemodellen har vært litt vanskelig, kanskje til og med frustrerende. Mens noen har opplevd i alle fall enkelte møter, og særlig de faglige læringsøktene, som nyttige for egen del.

Det har ellers vist seg at en stor andel av koordinatorene har større problemer med å bruke de IKT-baserte dokumentasjonsverktøyene enn forutsett. Både det å kunne finne, åpne, "lagre som" filer, og det å arbeide effektivt med tabeller i Word skaper problemer. I tillegg mangler noen trening i det å oppsummere, formulere seg kort, konsist og punktvis slik det er nødvendig i denne type dokumentasjon. Den innledende opplæringen av koordinatorene inneholdt en dag (4 timer) med kursing i bruk av IKT-systemet i prosjektsammenheng, men dette har vist seg å være for lite for de fleste.

7.8 Dokumentasjonsverktøy og skriftlige prosedyrer.

Innledning.

Som det framgår av prosjektets mål (kap. 3.2, side 10), har utvikling av dokumentasjonsverktøy og prosedyrer for arbeid med helhetlige Individuelle planer vært sentrale foki for prosjektet.

Begrunnelsen for vektleggingen av felles, skriftlige dokumentasjonsverktøy og prosedyrer er at disse representerer grunnlag for kvalitetssikring av Tvedestrand kommunes system og prosessene med de enkelte individuelle planene. Verktøyene gir dessuten nødvendig kompetanse til alle som skal arbeide i forhold til Individuelle planer. Dette omfatter ledere, koordinatører, tiltakshavere, nye medarbeidere, samarbeidspartnere og brukere.

PRO-avdelingen i Tvedestrand hadde tidligere samarbeidet med Rehab-Nor om utviklingen av praktiske prosedyrer og dokumentasjonsverktøy for helhetlige individuelle rehabiliteringsplaner (jf kap 2, side 6). Dette har Rehab-Nor videreutviklet til **"IPA tilrettelegger"**, som inneholder grunnleggende ideologisk forankring, metoder og tilnærminger, og ulike dokumentasjonsverktøy.

Tvedestrand fikk tilgang til ”IPA tilrettelegger” slik den forelå da prosjektet startet opp, og kunne velge ut de delene av den som de vurderte som mest sentrale og aktuelle i denne prosjektfasen. Noen av verktøyene ble tatt i bruk som de var, noen ble det gjort visse lokale tillempninger i, og i tillegg utviklet man noen egne, spesielt for dette prosjektet.

IKT-løsning.

Kommunen har valgt å legge alle aktuelle dokumentasjonsverktøy, prosedyrer og skriftlige veiledninger, etter hvert som de er utviklet, som Word-dokumenter/maler i egen mappe i ”sensitiv sone” i sitt felles datasystem. Tanken har vært at koordinatorene i denne mappa skal ha en ”verktøykasse” der det meste er hjelpemidler som kan brukes når det er hensiktsmessig, mens noen få verktøy er obligatoriske, dvs skal brukes i hver enkelt sak.

På ”sensitiv sone” er det også opprettet en mappe for hver av brukerne, for lagring av dokumentasjonsverktøy med informasjon om den enkelte (f eks utfylte skjema for Individuell plan). På denne måten har en søkt å gjøre verktøyene felles tilgjengelige for alle med koordinatoransvar.

Dette er i utgangspunktet et meget enkelt system, som det bl a er lett å gjøre justeringer i etter hvert som erfaringene viser at det er ønskelig. Det har allikevel vist seg at mange av koordinatorene har funnet det vanskelig å bruke. Dette skyldes i hovedsak begrensninger i deres ferdigheter i bruken av tekstbehandling med tabeller mv. Til en viss grad skyldes det også varierende trening i forhold til å skulle konsentrere, konkretisere og formulere skriftlig hovedelementer i en ofte nokså omfattende informasjonsmengde.

Nærmere om oppbyggingen av IKT-løsningen, bl a om hvordan personvernet er ivaretatt, finnes i ”Dokumentstyring”, Vedlegg 8.

Verktøy, prosedyrer og skriftlige veiledninger ved prosjektets avslutning.

Noen av de verktøyene som ble utviklet tidlig i prosjektperioden har på mange måter hatt funksjon som forarbeider for verktøy og prosedyrer som er blitt utformet i prosjektets siste del. Disse er derfor ikke med i denne rapporten.

Noen skjema ble utviklet innledningsvis spesifikt for dette prosjektet, bl a et med informasjon til bruker/pårørende om Individuell plan og prøveprosjektet (Vedlegg 22), et for invitasjon til bruker om å delta i prøveprosjektet (Vedlegg 23), og et med bekreftelse fra koordinator (Vedlegg 24).

De øvrige dokumentasjonsverktøyene, veiledningene og prosedyrebeskrivelsene som utgjør ”verktøykassa” ved prosjektets avslutning er resultat av mange prosesser underveis. Det er i stor utstrekning gjort endringer/justeringer etter hvert som erfaringene har vist behov for dette.

I vedleggene 2 – 20 presenteres innholdet i ”verktøykassa” slik det er etter de siste justeringene i forbindelse med prosjektavslutning.

Rehab-Nor sin oppsummering og vurdering.

Rehab-Nor mener at det er behov for, og vil kunne være svært nyttig, å foreta en grundig gjennomgang av hele ”verktøykassa” i forbindelse med videreføringen av arbeidet med Individuelle planer i Tvedestrand. I enkelte av verktøyene som bygger på IPA tilrettelegger er det lokalt gjort endringer i forhold til utgangspunktet, og i forhold til den utformingen av verktøyene som vi etter hvert har høstet mye erfaring med andre steder. Erfaringene med disse bør holdes opp mot hverandre. Det kan også være at ulike dokumenter som delvis dreier seg om det samme ikke er helt innbyrdes konsistente i formuleringer mv, bl a fordi de er blitt til i ulike faser. Dessuten bør det foretas en samlet og kritisk vurdering av om alt skal være med som ligger i ”verktøykassa” i dag, eventuelt også om det er noe som savnes.

Ellers mener vi at det har vært en riktig framgangsmåte å satse innledningsvis på et enkelt, tekstbehandlingsbasert system som det er lett å gjøre justeringer i etter hvert som en høster

erfaringer og kunnskap. Etter hvert som en får et bedre og sikrere bilde av hva som trengs og hvordan en ønsker å kunne bruke det, vil dette enkle systemet representere en velfundert kravspesifikasjon for et databasebasert dokumentasjonsverktøy skreddersydd for arbeid med Individuelle planer. Et slikt verktøy vil kunne oppleves betydelig enklere å bruke, og det vil kunne gi langt bedre muligheter for rapporter mv. Utvikling av et slikt bør derfor gir høy prioritet når ovennevnte samlede gjennomgang av "verktøykassa" er gjennomført.

8 UTFORDRINGER

En har, etter Rehab-Nors vurdering, oppnådd mye og kommet langt i dette prosjektet, ikke minst sett i forhold til tidsrammen. Utvikling og implementering av konseptet Individuelle planer som et gjennomgående verktøy i kommunens tjenesteyting krever mange og omfattende prosesser av både personlig/ holdningsmessig, faglig og organisatorisk/systemisk art, og slike prosesser krever tid.

Ved avslutningen av prosjektperioden er kommunen derfor inne i ulike prosesser knyttet til Individuelle planer. Noen er kommet langt, og andre kortere. Vi vil i dette kapitlet oppsummere det vi som ekstern samarbeidspartner ser som de viktigste utfordringene videre framover. Rekkefølgen utfordringene presenteres i er tilfeldig, og gir ikke uttrykk for noen form for prioritering. Slik vi ser det henger utfordringene på mange måter sammen, løsninger i forhold til den ene er avhengig bl a av at en finner løsninger for de øvrige.

8.1 Forankring i ledelse

Prosjektet har til fulle gitt bekreftelse på hvor viktig det er at slike prosesser forankres i ledelsen, politisk og administrativ på alle nivåer i organisasjonen. En har nådd langt, bl a fordi forankringen har vært så god som den har vært. Samtidig har vi sett betydningen av at den innledende prosessen på rådmannsnivå, som resulterte i et politisk vedtak, har blitt fulgt opp for å hindre at forsøkene på horisontal integrering skulle låse seg og stoppe opp. Det er således en utfordring å opprettholde det konstruktive engasjementet på rådmannsnivå, og å involvere politisk nivå på tidspunkt der dette er formålstjenlig i forhold til mer overordnede prioriteringer og retningsvalg.

Prosjektet har videre vist at også utvikling av lederforankring på sektor- og virksomhetsnivå krever prosessorientert arbeid over tid. Her gjenstår det nok enda noe, bl a i forhold til sosialektoren, skole/oppvekst og kultur.

8.2 Gjennomgående ”Individuell plan – tenkning” i kommunen

”Individuelle planer” slik vi har definert det i bl a dette prosjektet, er et konsept med mange elementer:

- Grunnleggende ideologi, holdninger i forhold til menneskeverd, respekt, roller.
- Praktiske tilnærminger, prosedyrer, arbeidsrutiner, dokumentasjonsverktøy og dokumentasjonssystemer, kvalitetssikring.
- Fag- og systemkunnskap, tverrfaglig arbeid.
- System- og organisasjonsutvikling: Kanalisering av kunnskap og erfaringer fra arbeidet med enkeltsaker inn i systematiske prosesser for videreutvikling av tjenesteapparatet for bedre og mer treffsikre tjenester, så vel som mer effektiv utnyttelse av samlede tilgjengelige ressurser (”Bottom-up” systemutvikling).

Når brukers helhetlige livskvalitetsmål skal legges til grunn for tilbud og tiltak, må det ofte etableres samarbeid mellom mange ulike instanser på ulike nivå. Slikt samarbeid krever at partene har en felles grunnleggende holdning og forståelse, og at de kommuniserer effektivt bl a gjennom bruk av felles verktøy/dokumentasjon.

Vi har sett eksempler på at ulikheter i ståsted, ikke minst i forhold til det første punktet ovenfor, lett skaper hindringer for samarbeidet om etablering av et samordnet og helhetlig tilbud. ”Faglig uenighet” kan være uttrykk for ulikheter i grunnleggende verdisyn og rolleforståelse. Dette krever ledelse som også utfordrer på ”fag”, noe det ikke er like mye tradisjon for i forhold til f eks legene. Det er derfor en utfordring å utvikle rutiner og kultur for håndtering av situasjoner med ”faglig” uenighet f eks i tiltaksnettverket. I de tilfellene der slik uenighet ikke kan ryddes av veien gjennom

likeverdig dialog, f.eks. når en tiltakshaver ikke vil ta utgangspunkt i brukers livskvalitetsmål men legger opp tiltakene ut fra divergerende, egne ”faglige” mål, må koordinatorene rutinemessig løfte saken opp til ledernivå for avklaring. Slik avklaring er viktig for brukerne og en forutsetning for videreutviklingen av Individuell plan som konsept. Det at koordinatorene vet at slike prinsipielle spørsmål skal løftes til ledernivå og ikke søkes løst av den enkelte koordinator er viktig for å forebygge utbrenthet blant koordinatorene.

Vi ser det som en hovedutfordring for Tvedestrand å opprettholde og til dels styrke utviklingsprosessene i retning av en felles forståelse og aksept av konseptet Individuelle planer i hele organisasjonen.

8.3 Utvidelse og utvikling av ”koordinator-team”

Det var en målsetting for prosjektet å få etablert en koordinator-”team” med medarbeidere knyttet til alle de mest berørte instanser i kommunen. Av ulike grunner ble dette målet ikke nådd i løpet av prosjektperioden, koordinatorene har i hovedsak kommet fra rehab., psykiatri samt en fra sosialkontoret.

Det er flere grunner til at det er betydningsfullt å få en bredere sammensatt koordinator-”team”:

- Mange brukere venter nå på å få komme i gang med utviklingen av Individuell plan. Koordinator-kapasitet er en klart begrensende faktor i oppfølgingen.
- Praktisk arbeid med Individuelle planer, og de erfaringene dette gir, er et sentralt virkemiddel i forhold til å spre kunnskap og realisere ”Individuell plan-tenkning i kommunen” på tvers av de ulike sektorer (jf foregående avsnitt).
- Spekteret i brukersituasjoner og –behov er stort. Det er en styrke om en kan ”spille på” koordinatorene med ulik bakgrunn, erfaring og tilknytning for best mulig å matche den enkelte bruker.

I St.meld.nr. 14 (2002-2003) **Samordning av Aetat, trykdeetaten og sosialtjenesten**, kap. 3, heter det bl a:

Helsetjenesten har ansvar for at den enkelte som trenger rehabilitering får en individuell plan, men det kan være noe uklart hvilken instans som skal ha koordinatorrollen og hvem som skal ta initiativ til at en individuell plan blir utformet. Et helhetlig tjenestetilbud betyr at det inneholder alle de tjenester en bruker har behov for. Det vil være naturlig at koordineringsansvaret forankres i den tjenesten som brukeren trenger mest.

Til grunn for en utvidelse av koordinatorteamet bør det legges en gjennomtenkning av kriterier for valg av personer til koordinatorarbeid. Prosjektet har gitt mye viktig kunnskap og erfaring på dette punktet. Spesielt målavklaringsfasen kan i noen tilfeller være utfordrende og stille krav til personlig egnethet og erfaring. Genuin interesse for mennesker er nødvendig. Det er videre viktig å ha evne til målrettet og systematisk prosessorientert arbeid, og å kunne trives med utviklingsorientert arbeid. Ingen medarbeidere bør utpekes som koordinatorene uten at de har interesse, lyst og er personlig egnet for oppgaven.

Prosjektet la stor vekt på den innledende koordinatoropplæringen. Nye koordinatorene som kommer til må gis et tilbud om basis-opplæring. Innhold og form bør imidlertid gjennomtenkes på ny med utgangspunkt i de erfaringene prosjektledelsen og den nåværende koordinatorteamet sitter med. Det har f.eks. vist seg å være behov for mer opplæring enn vi var forberedt på i forhold til bruk av IKT i arbeidet med Individuelle planer.

Det er videre en utfordring å styrke koordinatorteamet som et kollegium. Denne utfordringen øker når bredden i gruppa blir større. Med basis i erfaringene fra prosjektperioden må en utvikle en

strategi for dette som representerer et best mulig kompromiss mellom sikring av utviklingen av enhetlig koordinatorkompetanse og -praksis på den ene siden og bruken av tid på den andre.

Prosjektet har videre til fulle vist hvor nødvendig det er å tilby individuell oppfølging og veiledning til hver enkelt koordinator. Dette gjelder i forhold til både ideologi og holdninger, tilnærminger og arbeidsrutiner, tverrfaglig samarbeid og systemkunnskap, og dokumentasjon og dokumentasjonsverktøy/IKT. Behovet er særlig uttalt i en startfase, men en skal ikke undervurdere verken hvor lang "startfasen" kan være eller at også de mest erfarne koordinatorene fra tid til annen kommer opp i situasjoner der det er svært viktig at de har en arena for refleksjon, drøfting og veiledning.

Videreføring og videreutvikling av fadderordningen fra prosjektperioden er derfor nødvendig, og vil kreve gjennomtenkning av bl a plassering av ansvaret, konkrete arbeidsformer, og fadderens muligheter for å ivareta oppgaven i forhold til andre arbeidsoppgaver.

Utviklingen av et bredere koordinatorteam forutsetter også et tydelig lederengasjement innenfor alle berørte instanser. Med "lederengasjement" tenker vi her bl a på linjeleders støtte, utvikling av rammer for arbeidet og oppfølging av den enkelte koordinator.

8.4 Prioritere, redusere ventelisten for Individuell plan

Mange brukere, ikke minst barn, står på venteliste for å komme i gang med arbeid med Individuell plan i Tvedestrand ved prosjektets avslutning. Det er en viktig utfordring å komme i gang med prosessen for disse så snart som mulig. Uansett vil en imidlertid måtte påregne at dette vil ta noe tid, bl a fordi utvidelse av koordinatorkapasiteten krever tid.

Vi vil anbefale at kommunen, f eks ved systemkoordinator, i nær framtid gjennomfører en prosess med kontakt med hver enkelt av dem som står på ventelista. Hensikten bør være å gi brukerne, eventuelt pårørende/foresatte, tilbakemelding og informasjon om kommunens prosess og tidsperspektivet i forhold til å komme i gang med den enkeltes Individuelle plan. Dessuten vil en slik prosess gi viktig informasjon for prioriteringen innenfor ventelista som systemkoordinator nødvendigvis vil måtte foreta.

8.5 Etterstrebe bredest mulig spekter av erfaringer

Registrert etterspørsel etter en tjeneste gir ikke alltid et riktig bilde av behovet for tjenesten. Vel så ofte avspeiler etterspørselen f eks hvor informasjonen har vært mest effektiv eller hvilke brukergrupper som opplever lavest terskler i forhold til å melde sitt behov for tjenesten.

Tvedestrand er allerede kommet relativt langt i å fange opp brukere med ulik bakgrunn og typer behov i forhold til Individuelle plan. Det er allikevel en utfordring å fange opp nye brukergrupper med behov for slik. Dette er først og fremst viktig for de brukerne det gjelder. Det er imidlertid også viktig for å få en mest mulig fullstendige oversikt og erfaringsplattform i forhold til behov og utfordringer når det gjelder Individuelle planer.

Rehab-Nor antar derfor at potensielle brukergrupper som hjemmeboende eldre og personer med sansetap bør settes noe mer i fokus i forhold til Individuell plan i tiden som kommer.

8.6 Permanent ordning for brukermedvirkning på systemnivå

I prosjektperioden har en hatt brukermedvirkning på systemnivå gjennom representasjon i prosjekt- og styringsgruppene. Denne form for brukerinnflytelse opphører imidlertid når prosjektet avsluttes.

Det er behov for å sikre fortsatt(e) kanal(er) for tilbakemelding fra og dialog med brukerne på systemnivå¹⁹.

Kommunen og brukerorganisasjonene bør i fellesskap komme fram til hensiktsmessige ordninger for brukermedvirkning i det videre utviklingsarbeidet, bl a avklare om det allerede eksisterer egnede fora for dette, om eksisterende fora eventuelt kan utvikles til å ivareta det, eller om det må etableres noe nytt.

8.7 Individuell plan som input til kommunale planprosesser

De enkelte Individuelle planene og erfaringene fra arbeidet med å realisere og evaluere dem representerer en viktig kilde til veldokumentert kunnskap både om brukernes helhetlige ønsker og behov og muligheter og begrensninger i sektorvis organisering og lokalmiljø. Denne kunnskapen kan, dersom den samles og systematiseres på en hensiktsmessig måte, representere en svært verdifull basis for innspill i forhold til kommunale planprosesser, som arbeid med budsjett, kommuneplaner, sektorplaner osv.

Ansvar for slik systematisering av erfaringer og kunnskap er i Tvedestrand langt til systemkoordinator, jf. "Rollebeskrivelse", Vedlegg 5. Det er en utfordring å utvikle praktiske rutiner som kan fungere løpende, framfor å legge opp til "skippertak" i umiddelbar forkant av tidsfristene for innspill i de ulike planprosessene.

8.8 Individuell plan og overgangene mellom kommune, fylkeskommune og stat

Prosjekterfaringene (jf avsnittet "Samhandling med fylkeskommunale og statlige instanser" side 27) har bekreftet tidligere erfaringer om at utfordringene i forhold til systemutvikling er minst like store i forholdet til fylkeskommune og stat som internt i den enkelte kommunen. Tvedestrand er relativt sett kommet langt i sitt arbeid med Individuelle planer. Det er naturlig at de avdekker mange flaskehalsar i samarbeidet med ikke-kommunale instanser, fordi de er så tidlig ute og derigjennom synliggjør problemstillingene. Allerede i prosjektperioden fikk vi eksempler på dette, både i forhold til fylkeskommunen (overgang grunnskole - videregående skole) og staten (sykehuset).

Vi tror det er viktig for alle parter at kommunene så langt råd er utvikler felles forventninger og tilnærminger til samarbeidet med f eks sykehuset i forbindelse med samarbeid om Individuelle planer. Bl a av denne grunn bør det derfor være et mål for Tvedestrand å videreutvikle samarbeidet innen dette området med andre kommuner i regionen. Erfaringene fra referansegruppen i prosjektet er ikke spesielt positive, noe vi tror hovedsakelig skyldes at Tvedestrand og de øvrige kommunene i gruppen var kommet så ulike langt og at det derfor ikke ble den dialogen til gjensidig nytte som vi hadde håpet på. Flere kommuner, deriblant Gjerstad og Åmli, er nå i ferd med å ta mer tak i Individuelle planer. Arendal er kommet godt i gang med slikt arbeid. Det bør derfor etter hvert kunne etableres en fruktbar dialog mellom disse og sykehuset, noe Tvedestrand med bakgrunn i dette prosjektet med fordel kan ta initiativ til.

8.9 "Motorfunksjon" for Individuelle planer i kommunen

Våre erfaringer fra andre samarbeidsrelasjoner og prosjekter har vist at implementering av Individuelle planer som konsept i en kommune krever en lokal "motor", en person som har og tar et

¹⁹ En skiller gjerne mellom brukermedvirkning på individnivå og systemnivå. På individnivå dreier det seg om den enkeltes rett til og muligheter for å medvirke og påvirke egen prosess og sak. Å sikre dette er på mange måter selve kjernen i Individuell plan – konseptet. I dette kapitlet konsentrerer vi oss derfor om brukermedvirkningen på systemnivå, dvs brukergruppens rett og anledning til å bli hørt og bidra i utformingen av tilbudet på mer overordnet nivå.

ansvar for å følge opp, tar initiativ, er pådriver, utvikler, informerer, motiverer osv på tvers i kommunen. I en formell prosjektfase er det naturlig å legge denne funksjonen til lokal prosjektleder. På lang sikt er det et mål at Individuell plan-konseptet er så etablert og innarbeidet at det anvendes og videreutvikles som en integrert del av organisasjonens ordinære funksjon. Det omfattende, mangefasetterte og sektorovergripende implementeringsarbeidet som gjenstår er avhengig av en lokal ”motor” i lang tid framover. Uten en slik kan de prosessene som er satt igang stoppe opp eller snevres inn til begrensede delmiljøer, og det engasjementet som er bygget opp i organisasjonen og hos enkeltmedarbeidere kan kjølne. I så fall vil store deler av de ressursene som er nedlagt i utviklingsarbeidet kunne anses som bortkastet.

Det er derfor en viktig utfordring for kommunen å definere og plassere ”motor-rollen” og sikre at det kapasitetsmessig er rom for den. Videre er det en utfordring etter hvert å avklare den permanente organisatoriske løsningen for arbeidet med Individuelle planer, med koordinatorene og samhandling på tvers av sektorer, ansvarlige på systemnivå mv.

8.10 Kritisk gjennomgang av rutiner og prosedyrer, dokumentasjonsverktøy og materiell for informasjon og veiledning

Et viktig resultat av prosjektet er en omfattende ”verktøykasse” med skriftlig materiell som omfatter rutinebeskrivelser og prosedyrer, ulike dokumentasjonsverktøy og diverse materiell for informasjon og veiledning til publikum og til fagfolk.

Det har ikke vært kapasitets- eller tidsmessig mulig innenfor prosjektets ramme å foreta en samlet og kritisk gjennomgang av dette materialet sett i lys av de erfaringene brukerne, koordinatorene, prosjektledelsen, linjeledelsen og andre berørte parter sitter inne med. En slik gjennomgang bør imidlertid gjøres, da en oppdatert og velfungerende ”verktøykasse” vil være et sentralt virkemiddel i det videre arbeidet.

8.11 Database-basert IKT-løsning for Individuelle planer

Løsningen som er valgt i forhold til IKT og Individuelle planer i Tvedestrand har etter vår vurdering vært den riktige i denne fasen der en ikke har nok erfaring til å kunne definere klart hva IKT-løsningen bør omfatte, hvordan elementene bør være osv, men man har grunnlag for å utarbeide en gjennomtenkt kravspesifikasjon. Sett fra brukernes side vil det imidlertid være mye som kan forenkles om en kunne få utviklet en databasebasert IKT-løsning for arbeid med Individuelle planer. Nå er tiden inne til å følge opp et slikt en slik utvikling, eventuelt i samarbeid med andre kommuner.

8.12 Evaluering av effekt ved Individuell plan-arbeid

Vi mener det er viktig at også den fortsatte prosessen i Tvedestrand gjennomføres som en lærestyrt utviklingsprosess. Den aller viktigste tilbakemeldingen i en slik prosess vil være brukernes erfaringer. Det bør utvikles en realistisk strategi, metodikk og rutiner for å fange opp disse på en helhetlig og systematisk måte.

Bruk av Individuell plan vil imidlertid også ha effekter for andre personer og på andre områder. Vi tenker her bl a på om deltakerne i samarbeidsnettverket ser endringer i tidsbruk, om det kan dokumenteres endringer/vridninger i forhold til mengde og type tjenester som etterspørres mv.

Vi mener at kartlegging og evaluering på bred front av effekter av arbeid med Individuelle planer må være svært viktig for å framskaffe materiale som grunnlag for videre utvikling i kommunen. Med den vekten myndighetene nå legger på individuell plan som virkemiddel innenfor mange sektorer, burde slik effektkartlegging være av stor interesse også nasjonalt. Tvedestrand står i en spesiell utgangsposisjon i forhold til å kunne være foregangskommune også i forhold til dette.

8.13 En overordnet plan for de kommende tre årene

Vi tror det vil kunne være svært nyttig for Tvedestrand om det ble utviklet og politisk behandlet en overordnet strategisk plan for arbeidet med videreutvikling og implementering av Individuell plan-konseptet i kommunen i de kommende f eks 3 årene. En slik plan bør omfatte hvor vill man være i forhold til dette arbeidet om 3 år, og hvordan en skal komme dit. En slik plan vil kunne være bevisstgjørende å utvikle. Den kan egne seg som en konkretisering av tidligere politiske vedtak, og den kan representere en nyttig rettesnor for alle deler av den kommunale organisasjonen i den viktige oppfølgingsfasen som ligger foran.

9 ANBEFALINGER

Som vi har gitt uttrykk for i det foregående kapitlet står kommunen overfor en rekke utfordringer i det videre arbeidet i forhold til Individuelle planer. Utfordringene sees på en rekke områder, og kjennetegnes av at de i stor grad henger sammen, er innbyrdes avhengig av hverandre. På et så tidlig stadium i en så bred prosess er det etter vår oppfatning viktig å forholde seg til denne innbyrdes avhengigheten, og ikke fokusere ensidig på enkeltelementer uten å sikre helheten.

Vi tror derfor det ville være svært nyttig for Tvedestrand om det ble utviklet og politisk behandlet en overordnet strategisk plan for arbeidet med videreutvikling av Individuelle planer i kommunen i de kommende f eks 3 årene. Hvor skal man være i forhold til dette arbeidet om 3 år? Hvordan skal en komme dit? Hvem skal ha ansvar for hva i prosessen? Hvordan involvere alle berørte parter? Hvordan styrke den felles grunnleggende forståelsen for arbeidet med Individuelle planer?

En slik overordnet og samlende plan vil kunne være bevisstgjørende å utvikle. Den kan egne seg som en konkretisering av tidligere politiske vedtak, og den kan representere en nyttig rettesnor for alle deler av den kommunale organisasjonen i den viktige oppfølgingsfasen som ligger foran.


Vi mener også at det er viktig å dokumentere effekter ved denne måten å arbeide på. Tvedestrand har kommet langt i arbeidet med Individuelle planer, med utgangspunkt i helhet og individuell livskvalitet. En dokumentasjon av effekter dels på individnivå, og dels i forhold til bruk av samlede ressurser vil være viktig for utviklingen videre, - både i Tvedestrand og nasjonalt.

10 LISTE OVER VEDLEGG.

Vedlegg 1	Felles mandat for styrings-, prosjekt-, referanse- og ressursgruppene.	Notat, 1 side
Vedlegg 2	Oversikt over verktøy og prosedyrer.	Notat, 1 side
Vedlegg 3	Planprosess – Hva skjer?	Prosedyre, 2 sider
Vedlegg 4	Målavklaring og verdier.	Notat, 2 sider
Vedlegg 5	Rollebeskrivelse	Notat, 3 sider
Vedlegg 6	Koordinatorkompetanse	Notat, 1 side
Vedlegg 7	Prinsipper for tverrfaglig organisering	Notat, 1 side
Vedlegg 8	Dokumentstyring	Notat, 2 sider
Vedlegg 9	Samtykkeerklæring	Skjema, 1 side
Vedlegg 10	Koordineringsprosessen	Figur, 1 side
Vedlegg 11	Hovedelementer	Figur, 1 side
Vedlegg 12	Prosedyrekartet – Individuell plan	Figur, 1 side
Vedlegg 13	"Ta heisen" - Kommunikasjonsprosessen i målavklaring	Figur, 1 side
Vedlegg 14	Faser i koordinering	Veileder, 1 side
Vedlegg 15	Stikkord i målavklaring	Veileder, 1 side
Vedlegg 16	Tilnærming til målavklaring	Veileder, 3 sider
Vedlegg 17	Arenasirkelen	Skjema, 1 side
Vedlegg 18	Prosessplan	Skjema, 1 side
Vedlegg 19	Målavklaring, notater	Skjema, 1 side
Vedlegg 20	Individuell plan	Skjema, 3 sider
Vedlegg 21	Logg Individuell plan	Skjema, 1 side
Vedlegg 22	Invitasjon	Informasjon og skjema, 1 side
Vedlegg 23	Standardskjema 1: Bekreftelse fra bruker	Skjema, 1 side
Vedlegg 24	Standardskjema 2: Bekreftelse fra koordinator	Skjema, 1 side

Felles mandat for styrings-, prosjekt-, referanse- og ressursgruppene.

- Gjeldende lovverk, Kommunestyrets vedtak i sak 033/00, erfaringer fra deltakelse i rehabiliteringsprosjektet, prosjektmål og andre rammebetingelser som er beskrevet i denne projektskissen, skal legges til grunn for utvikling av en praktisk lokal tilnærming. Hensikten er å sikre koordinerte tjenester. Bruker skal oppleve livskvalitet. Lovkrav om individuelle planer skal iverksettes.
- De ulike gruppene skal arbeide prosessrettet. Det betyr at det i prosjektperioden skal legges til rette for praktisk utprøving og erfaringsinnhenting.

 Tvedestrand kommune	Individuelle planer – et verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnyttelse			Side 1 av 1
	VEILEDNING, VERKTØY I PLANARBEIDET OG PROSEDYRER			Sist endret Januar 03
Dokument-id A VIRK 00 00	Utarbeidet av Sigfrid Baasland basert på erfaringer i prosjektet	Opprettet 09.01.03	Godkjent av Jarle Bjørn Hanken	Sign Revisjon A

TEMA	VEILEDNING VERKTØY PROSEDYRER	DOKUMENT- NAVN	MERKNADER
Hva er Individuell plan?	A. Veiledning B. Verktøy	IP – skjema	Informasjon Brukes i planarbeidet (obligatorisk)
	A. Veiledning	Oversikt over planprosess	Informasjon: Dette skjer. Kan være nyttig for alle involverte, også bruker
	A. Veiledning	Brosjyre IP	Informasjon: Deles ut til bruker, informasjon til tiltakshavere og andre
Slik gjør vi det i Tvede- strand kommune	C. Prosedyrer	<ul style="list-style-type: none"> – Målavklaring og verdier – Rolle-beskrivelser – Koordinator-kompetanse – Prinsipper for organisering av tverrfaglig samarbeid – Dokumentasjon - dokumentstyring 	Forpliktende for alle involverte: Bruker, linjeledelse, systemkoordinator, koordinator, fadder, kommunale tiltakshavere
Samtykke	B. Verktøy	Skjema - samtykkeerklæring	Fylles ut til å begynne med, suppleres om nødvendig underveis
Koordi- nator- funksjon	A. Veiledning	Koordinerings- prosessen	Oversikt over
	A. Veiledning	Individuell plan, slik gjør vi det	Oversikt over
	A. Veiledning	Prosedyrekart	
	A. Veiledning	Faser i koordinering	Oversikt over
Målavkla- ring og verdier	A. Veiledning	Stikkord målavklaring	Enkle hjelpespørsmål i målavklaring
	A. Veiledning	Tilnærming til målavklaring	Helhetsperspektivet i målavklaring
	B. Verktøy	Arenasirkelen	Helhetsperspektivet i målavklaring
	A. Veiledning	"Heisen" Kommunikasjons- prosessen i målavklaring	Fra overordnede verdier til realisering i tiltak, er ikke en lineær prosess
	B. Verktøy	Målavklaring, notater	Til bruk for foreløpige notater underveis mot målavklaring
	B. Verktøy	Prosessplan (obligatorisk)	Planlegging av forløp, medvirkning etc. Skal fylles ut sammen med bruker,
	B. Verktøy	IP – skjema (obligatorisk)	Hovedverktøy Fra livskvalitetsmål til tiltak
	B. Verktøy	Logg (obligatorisk)	Skal brukes fra henvendelse om IP: hva er gjort, når, tidsbruk og signatur

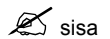


Tvedestrand
kommune

”INDIVIDUELLE PLANER . ET VERKTØY FOR BEDRE
TJENESTEYTING OG RESSURSNYTTTELSE”
PROSEDYRER

Vedlegg 3

Side 1 av 2

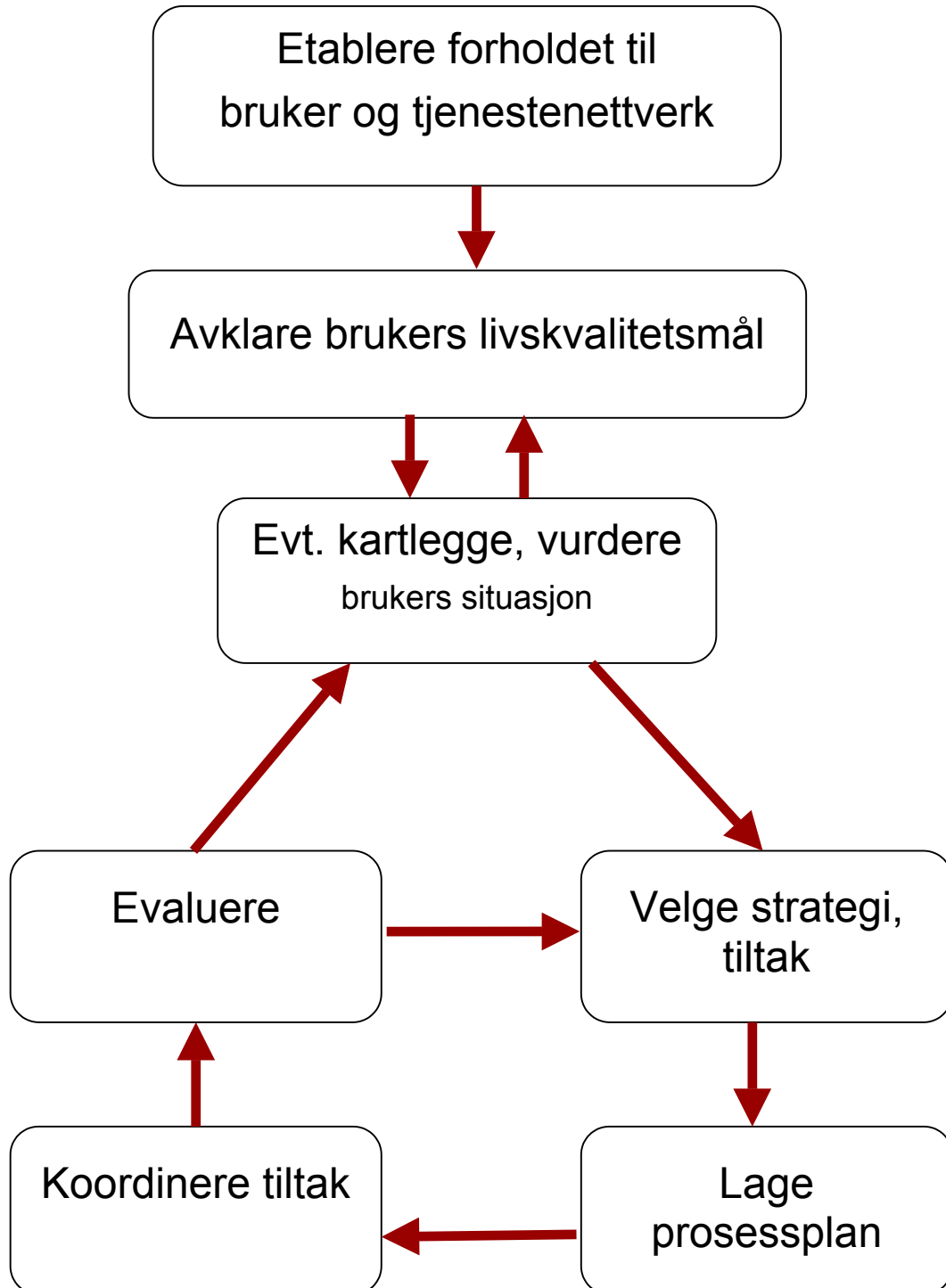



PLANPROSESS - HVA SKJER?

HVEM	TRINN	HANDLING	MERKNADER
Bruker/ Pårørende	1A	ber om å få Individuell plan	tjenesteyter melder ønsket til systemkoordinator innen en uke
Tjenesteytere som fanger opp behov	1B	<ul style="list-style-type: none"> – vurderer sammen med bruker om det foreligger behov for individuell plan – informerer bruker om rettighet 	
Brukere, Pårørende Tjenesteytere	2	melder behov til koordinerende enhet /systemkoordinator	
System-Koordinator	3	<ul style="list-style-type: none"> – registrerer behov – vurderer behov for og rett til – tilbyr IP og oppnevner evt. koordinator – gir evt. avslag – informerer 	Igangsetter IP – arbeid for brukere underlagt bestemmelser om tvungent psykisk helsevern
Bruker, Koor-dinator evt. på-rørende etc.	4	– gjennomfører samtale (r) omkring brukers livskvalitetsmål (ønsker, mål og behov)	<ul style="list-style-type: none"> – blir kjent – løser akutte behov – vurdering av tilstand og fase – kommunikasjon og veiledningsmetodikk – støtte i metoder og verktøy
Koordinator og evt. bruker	5	<ul style="list-style-type: none"> – gjennomfører møte/møter med aktuelle bidragsytere, annen kompetanse – sørger for at akutte beh. ivaretas 	<ul style="list-style-type: none"> – bredde i kompetanse og erfaringer, informasjon og medvirkning – alternative løsninger – kreativitet og samarbeidsvilje
Koordinator og Bruker etc.	6	<ul style="list-style-type: none"> – drøfter mulige delmål – tiltak – drøfter org. av videre planprosess – lager prosessplan for den videre arbeidet 	<ul style="list-style-type: none"> – kompetanseutveksling mellom bruker og koordinator – kartlegging aktuelt?
Koordinator og bruker etc.	7A	<ul style="list-style-type: none"> – sørger for at prosessplan for den videre planprosessen gjennomføres – sørger for evt. fellesmøte med alle berørte parter 	<ul style="list-style-type: none"> – hvem, hva, når, hvorfor? – alle berørte parter skal gi sin tilslutning til planen – alle berørte parter må se sin rolle i en større helhet – enkeltvedtak for tildeling av tjenester, følges
Tjenesteyterne	7B	<ul style="list-style-type: none"> – gjennomfører tiltak – drøfter evt. endringer med koordinator 	
Koordinator	8	– gjennomfører koordinering av planprosess	i tråd med etablert prosedyre
Bruker etc., tjenesteytere og koordinator	9	<ul style="list-style-type: none"> – gj. fører og følger opp planen – evaluerer planen 	




PLANPROSESS - HVA SKJER?



 Tvedestrand kommune	Individuelle planer – et verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnyttelse			Side 1 av 2
	MÅLAVKLARING OG VERDIER			Sist endret
Dokument-id	Utarbeidet av Sigfrid Baasland på basis av erfaringer i prosjektet	Opprettet 08.11.02	Godkjent av Jarle B. Hanken	Sign Revisjon A

- 1 **Bakgrunn**
Rammen for arbeidet med individuell plan er rettigheter, krav og plikter som til enhver tid ligger til grunn for tjenesteytingen. Individuell plan og tjenesteytingen som gjennomføres som tiltak i forhold til planen, skal være forankret i brukers opplevelse av livskvalitet og de behov, ønsker og planer bruker har for sitt liv.
- 2 **Hensikt**
Hensikten med prosedyren er å veilede koordinator, bruker og andre medvirkende i målavklaringsarbeidet.
- 3 **Målavklaring**
 - 3.1 **Menneskesyn**
 - Hvert menneske er unikt
 - Hvert menneske har ressurser og rett og plikt til å delta på egne premisser
 - Hvert menneske har behov for åpenhet, tillit og for å kunne øve innflytelse i eget liv
 - Hvert menneske har krav på respekt for sitt iboende verd
 - 3.2 **Etikk i koordinatorfunksjonen**
 - Ta brukers ”tilbud om seg selv” (erkjennelse, selvinnsett, erfaringer) på alvor
 - Vite forskjell på å ta ansvar for brukers prosess og å være ansvarlig overfor brukers prosess
 - Møte alle samarbeidspartnere med respekt og ydmykhet ved å erkjenne at andre ser noe jeg ikke ser, har kompetanse på andre områder enn meg, kan være mer kreative enn jeg, kjenner lovverket bedre, kjenner annet lovverk, ser andre muligheter /begrensninger osv.
 - 3.3 **Mål med Individuell plan**
 - Utløse brukers ressurser til deltakelse i eget liv, være engasjert i sin egen skjebne og mobilisere kraften til nye valg
 - Bidra til bruker blir seg sine livskvalitetsmål bevisst, og kan verbalisere dem
 - Bidra til at bruker tar ansvar for å nå livskvalitetsmålene
 - Bidra på en helhetlig måte slik at tiltakene er rettet mot brukers livskvalitetsmål (tiltakene treffer ”blinken”.)
 - Støtte brukers deltakelse gjennom individuelt tilrettelagt tjenesteyting
 - Å utnytte ressursene effektivt (produktivitet og kvalitet): kompetanse, tid, penger
 - 3.4 **Tilnærming**
 - 3.4.1 **Målavklaring og kartlegging**
 - Brukers livskvalitetsmål er styrende for tjenesteyting
 - Bruker skal få nødvendige kunnskaper for å kunne ta egne valg og prioritere
 - Evt. kartlegging skal underbygge målavklaring, ikke være styrende for målavklaring
 - 3.4.2 **Organisering**
 - Planprosessen skal være samordnet, koordinert og effektiv
 - Tjenesteytingen skal være samordnet, koordinert og effektiv

 Tvedestrand kommune	Individuelle planer – et verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnyttelse			Side 2 av 2
	MÅLAVKLARING OG VERDIER			Sist endret
Dokument-id	Utarbeidet av Sigfrid Baasland på basis av erfaringer i prosjektet	Opprettet 08.11.02	Godkjent av Jarle B. Hanken	Sign Revisjon A

3.5 **Arenaer og domener**

3.5.1 **Arenaer**

Helhetlig målavklaring innebærer at bruker sammen med koordinator vurderer livskvalitetsmål i forhold til alle relevante arenaer

- Arbeid
- Opplæring
- Hjemmesituasjonen
- Fritid
- Behandling og pleie

3.5.2 **Domener**

Målavklaringen innebærer også at bruker sammen med koordinator innenfor hver arena, avklarer viktige spørsmål knyttet til domene


- Hva er det viktig for bruker å kunne gjøre på de ulike arenaene?
- Hvordan har bruker det med seg selv på ulike arenaer? (trygghet, selvfølelse, innflytelse, livssyn og tro)
- Hvilke type kontakt ønsker bruker å ha med andre på ulike arenaer?
- Hvordan er brukers økonomi knyttet opp mot ulike arenaer?

3.6 **Praktiske råd**

- For å etablere tillit: fang opp og gjør noe med akutte behov på en effektiv måte
- Bli kjent og vær bevisst på å bidra til et godt ”klima”
- La bruker fortelle om hva hun liker/har likt å gjøre, hva som gjør henne glad, skuffet, hva hun er stolt over, hva hun ønsker og drømmer om, lytt med oppmerksomhet og interesse
- Gi bruker tid dersom det er behov for det. Målavklaring er brukers prosess. Den kan være vanskelig for noen. Se prosedyren om Rollebeskrivelse pkt. 3.4.1

4 **Referanser**

- Dokumentasjon – dokumentstyring.doc
- Koordinatorkompetanse.doc
- Organisering av tverrfaglig samarbeid.doc
- Rollebeskrivelse.doc

 Tvedestrand kommune	Individuelle planer – et verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnyttelse			Side 1 av 3
	ROLLEBESKRIVELSE Bruker, linjeledelse, systemkoordinator, koordinator/koordinatorsteam, fadder og tiltakshaver			Sist endret Aug. -02
Dokument-id	Utarbeidet av Sigfrid Baasland, basert på erfaringer i prosjektet	Opprettet 07.08.02	Godkjent av Jarle B. Hanken	Sign Revisjon A

1 Hensikt
Hensikten med prosedyren er å konkretisere ansvar og oppgavefordeling i planprosessen.

2 Omfang
Prosedyren gjelder for

- Bruker
- Linjeledelse i Tvedestrand kommune
- Systemkoordinator
- Koordinator/koordinatorsteam
- Fadder
- Tiltakshaver

3 Ansvar og oppgaver

3.1 Bruker eller personer som representerer bruker i henhold til samtykkeerklæring

- har ansvar for hva hun velger /ikke velger, å fortelle koordinator
- tar ut fra sine forutsetninger ansvar eller delansvar for innhold og framdrift i sin individuelle plan
- har reell innflytelse over forløpet i planprosessen
- involverer likemann eller andre støttepersoner dersom bruker ønsker det
- følger i den grad det er mulig, retningslinjer og prosedyrer som gjelder for Tvedestrand kommunes arbeid med individuell plan
- medvirker til å forbedre retningslinjer og prosedyrer
- samtaler med koordinator om egne livskvalitetsmål, delmål og tiltak
- prioriterer mellom ulike mål
- bidrar til kartlegging av egen livssituasjon
- bidrar til å realisere livskvalitetsmål og tiltak (foreldre, andre foresatte, verge medvirker når det gjelder barn eller andre som trenger bistand)
- bidrar ut fra egne forutsetninger med oppfølging av tiltak og evaluering av individuell plan
- underskriver samtykkeerklæring, sin egen prosessplan og individuell plan

3.2 Linjeleder

- har ansvar for å medvirke til at forskrift om individuelle planer legges til grunn for tjenesteyting i Tvedestrand kommune
- ser til at Tvedestrand kommunes retningslinjer og prosedyrer for Individuell plan, etterleves
- medvirker til å forbedre retningslinjer og prosedyrer
- melder fra til nærmeste leder og systemkoordinator når det avdekkes problemer knyttet til samarbeid, ressurser og/eller kompetanse
- skaffer seg nødvendig kompetanse på området og sørger for at egne medarbeidere har den nødvendige kompetanse
- bidrar til at medarbeidere kan følge opp sitt koordinatoransvar og oppgaver som hører til dette ansvaret, ved å legge de praktiske forhold til rette
- gjør avtaler med koordinator om videre prosess dersom målavklaringen strekker seg utover 5 timer
- motiverer og legger til rette kompetanseutvikling, veileder og håndterer motstand og mentale barrierer i egen enhet og i samarbeid på tvers

 Tvedestrand kommune	Individuelle planer – et verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnyttelse			Side 2 av 3
	ROLLEBESKRIVELSE Bruker, linjeledelse, systemkoordinator, koordinator/koordinatorsteam, fadder og tiltakshaver			Sist endret Aug. -02
Dokument-id	Utarbeidet av Sigfrid Baasland, basert på erfaringer i prosjektet	Opprettet 07.08.02	Godkjent av Jarle B. Hanken	Sign Revisjon A


3.3 **Systemkoordinator – prosesseier (koordinerende enhet)**

- er adressen for Individuell plan i Tvedestrand kommune
- er prosesseier for Individuell plan og rapporterer til Rådmannen
- samarbeider med Rådmann og /eller stabsfunksjoner, i tråd med funksjonsbeskrivelse for systemkoordinator
- ser til at Tvedestrand kommunes retningslinjer og prosedyrer for Individuell plan, etterleves
- gir premisser for og medvirker til å forbedre retningslinjer og prosedyrer, mottar informasjon fra andre bidragsytere om endringer og forbedringer
- oppdaterer retningslinjer og prosedyrer
- iverksetter nødvendige tiltak med bakgrunn i erfaringer, oversikt og tilbakemeldinger, dersom individuell plan som system ikke fungerer
- tar initiativ og følger opp samarbeidspartnere fra ulike instanser og behandlingsnivå, for å sikre kontinuitet for bruker og avklaringer av uklare ansvarsforhold og bruk av ressurser
- er premissleverandør og samordner aktuell informasjon fra koordinatorene i forhold til kommunens plansyklus: kommuneplan, botilbud, kompetanse, kultur, fritid etc.
- gir informasjon og lederstøtte til linjeledere i arbeidet med individuell plan
- organiserer sammen med aktuelle stabsfunksjoner, opplæring og veiledning av koordinatorsteam
- tar i mot søknad om Individuell plan – tildeler koordinator
- oppretter IKT – baserte oversikter over brukere, koordinatorene, forespørslers osv.
- gir og følger opp beskjeder til administrator og andre samarbeidspartnere
- kommuniserer med linjeledere vedr. utfordringer i prioriteringsarbeid

3.4 **Koordinator – koordinatorsteam**

3.4.1 **Koordinator**

- følger retningslinjer og prosedyrer som gjelder for Tvedestrand kommunes arbeid med individuell plan
- medvirker til å forbedre retningslinjer og prosedyrer
- avklarer koordinatorfunksjon med nærmeste overordnede
- gjør avtaler med linjeleder om videre prosess dersom målavklaringen strekker seg utover 5 timer
- deltar i kompetanseutvikling og oppfølging i koordinatorsteam og fadderveiledning
- følger brukeren om nødvendig over minst to år, dersom ulike forhold ikke tilsier noe annet: skifte av jobb, sykdom, ønske fra bruker/koordinator
- bygger gode allianser gjennom respektfull kommunikasjon med bruker og tiltakshavere
- etablerer nødvendige samarbeidsstrukturer
- kjenner til muligheter og begrensninger i tiltaksnettverket
- gir bruker informasjon om at den enkelte etat/tiltakshaver har rett og plikt til å si ja eller nei
- søker nødvendig råd og bistand
- oppmuntrer og legger til rette for at bruker kan utvikle selvstendighet
- holder jevnlig kontakt med bruker og er en tilgjengelig samtalepartner
- informerer bruker, familie og aktuelle tiltakshavere og faste kontakter i hjelpeapparatet om sitt koordinatoransvar
- gir systemkoordinator melding om erfaringer og informasjon som kan gi konsekvenser for arbeid med økonomi, kompetanse, boligutvikling, kultur og fritid osv.

 Tvedestrand kommune	Individuelle planer – et verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnyttelse			Side 3 av 3
	ROLLEBESKRIVELSE Bruker, linjeledelse, systemkoordinator, koordinator/koordinatorsteam, fadder og tiltakshaver			Sist endret Aug. -02
Dokument-id	Utarbeidet av Sigfrid Baasland, basert på erfaringer i prosjektet	Opprettet 07.08.02	Godkjent av Jarle B. Hanken	Sign Revisjon A

- koordinerer ulik kompetanse og andre ressurser for å realisere brukers livskvalitetsmål
- medvirker til at det ryddes opp i akutte problemer
- fører oversiktlig dokumentasjon i samsvar med etablerte prosedyrer
- gjør oppmerksom på klagerett og retten til å bytte koordinator
- gir og får informasjon om endringer i tilbud til bruker
- sørger i den grad det er nødvendig for oversikt over f. eks. brukers mestringsstrategier og egne ressurser på ulike livsarenaer

3.4.2 Koordinatorsteam

Koordinatorsteam er et nettverk av koordinatorene som ledes av systemkoordinator. Hensikten med nettverket er erfaringsutveksling, læring og støtte. Informasjon til kommunalt planleggings arbeid etc. samordnes av systemkoordinator gjennom nettverket. Koordinatornettverket møtes etter oppsatt møteplan.

3.5 **Fadder**


- legger verdigrunnlag og etablerte retningslinjer og prosedyrer til grunn for veiledning
- medvirker til å forbedre retningslinjer, prosedyrer og opplæring
- veileder koordinator i forhold til problemstillinger relatert til koordinators ansvar – og oppgaver
- veileder koordinator når koordinator ber om det eller etter avtale
- fører logg over problemstillinger og tidsforbruk

3.6 **Kommunale tiltakshavere (tjenesteytere)**

- legger brukers livskvalitetsmål, slik de dokumenteres i Individuell plan, til grunn for tjenesteyting
- følger etablerte retningslinjer og prosedyrer
- medvirker til å forbedre retningslinjer og prosedyrer
- deltar i og foreslår om nødvendig, planlegging – og koordineringsvirksomhet i forhold til etablering, gjennomføring og evaluering av Individuell plan
- medvirker til at individuell plan ajourholdes, ved å gi koordinator informasjon om endringer, problemstillinger etc.

Referanser

- Dokumentasjon – dokumentstyring.doc
- Koordinatorkompetanse.doc
- Organisering av tverrfaglig samarbeid.doc
- Målavklaring – verdier.doc

 Tvedestrand kommune	Individuelle planer – et verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnyttelse			Side 1 av 1
	KOORDINATORKOMPETANSE			Sist endret
Dokument-id	Utarbeidet av Sigfrid Baasland med basis i erfaringer fra prosjektet	Opprettet 08.11.02	Godkjent av Jarle B. Hanken	Sign Revisjon A

1 Bakgrunn

Kompetansekrav til koordinatorfunksjonen er sammensatt

2 Hensikt

Hensikten med prosedyren er å konkretisere og beskrive noen av de nødvendige kvalifikasjoner

3 Ulike kompetansekrav: kunnskap, evne og vilje

3.1 *Kompetanse om meg selv som koordinator*

- Hvem er jeg som samtalepartner: Godt utviklede sosiale antenner, middels, eller greier jeg i liten grad å fange opp andre menneskers signaler?
- Selvinnsett: Hva gjør meg glad, sint, stresset, irritert, hva gir energi, hva tapper energi?, er jeg tålmodig – utålmodig?.....
- Hva er mine styrker, svakheter når det gjelder kunnskaper, personlighet, kommunikasjonsform, relasjonsbygging osv.?
- Hvem er jeg i koordineringssituasjonen?

3.2 *Kompetanse i kommunikasjon og veiledning*

Avklaring av hensikt, komme i kontakt/beholde kontakt, å vurdere tilstand og fase, å lytte med varme, empati og interesse, å stille gode spørsmål, å håndtere motstand og mentale barrierer

3.3 *Kompetanse om bruker*

En best mulig innsikt i brukers personlighet og forutsetninger. Dette innebærer kompetanse om brukers mål, behov, ønsker og planer for eget liv.

3.4 *Kompetanse om tiltaksnettverket*

- Hva, hvem, hvor, når og hvordan?
- Ferdigheter i å utvikle gode allianser

3.5 *Kompetanse om arbeidsgangen i individuell plan - arbeidet*


Valg av strategi for samarbeidet med bruker og tiltaksnettverket når det gjelder å avklare mål, prosessplanlegging og koordinering

3.6 *Kompetanse om verdigrunnlag, verktøy og metoder*

Verdier, tilnærming, innhold, og prosedyrer

3.7 *Kompetanse – IKT*

Windows utforsker, hente opp maler / lagre som dokumenter, filer/mapper, kunne bruke tabellverktøyet

 Tvedestrand kommune	Individuelle planer – et verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnyttelse			Side 1 av 1
	<p style="text-align: center;">PRINSIPPER FOR ORGANISERING AV TVERRFAGLIG SAMARBEID</p>			Sist endret Nov-02
Dokument-id A VIRK 00 00	Utarbeidet av Sigfrid Baasland med basis i erfaringer fra prosjektet	Opprettet 08.11.02	Godkjent av Jarle B. Hanken	Sign Revisjon A

1 Bakgrunn

Lovverket forutsetter at det for brukere med langvarige og sammensatte behov, skal utvikles helhetlige, individuelle planer. Brukere med behov for tjenester fra ulike sektorer og nivå, opplever manglende samordning og kontinuitet. Ulike instanser har ulike mål for tjenesteytingen. Ressursutnyttelsen blir ineffektiv, og tilbudet fremstår som usammenhengende for den som mottar tjenestene

2 Hensikt

Hensikten med prosedyren er å beskrive prinsipper for en organisering av tverrfaglig samarbeid som sikrer kravet til bedre tjenesteyting rettet mot brukers livskvalitetsmål, og en mer effektiv utnyttelse av samfunnets ressurser.

3 Omfang

Bruker, linjeledelse, systemkoordinator, koordinator, fadder, tiltakshaver


4 Hvordan skal vi samarbeide effektivt om individuell plan?

4.1 *Prinsipper for effektiv koordinering: produktivitet og kvalitet*

- Avklare hensikt med involvering, planen sett under ett, tiltakene hver for seg
- Involvere riktige personer/instanser, og bare disse
- Involvere til rett tidspunkt i riktig fase i den enkelte sak
- Involvere mange nok til å sikre kvalitet
- Begrense ant. involverte for å sikre produktivitet ut fra de rammer som står til rådighet

4.2 *Brukerinnflytelse og koordinering*

- Koordinator og bruker avklarer hvordan planprosessen skal foregå og lager prosessplan for planarbeidet. Prosessplanen underskrives av bruker og koordinator. Samtykkeerklæring og prosessplan er styrende for det videre arbeidet
- Hvem skal gjøre hva når og på hvilken måte?
- Hva skal bruker ha ansvar for – delta i ?
- Hvilket mandat og hvilke fullmakter skal koordinator ha til å arbeide på brukers vegne?
- Skal det etableres samarbeidsgruppe? Hvis ja, hvem skal delta? Hva er hensikten? Hvor ofte skal den møtes: faste møter/ved behov? Hvilke krav skal settes til gruppens arbeid – hvilke problemstillinger skal avklares?
- Hvem er allerede involvert, hvem skal involveres videre i planprosessen, hvilke konsekvenser gir ulike valg?

 Tvedestrand kommune	Individuelle planer – et verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnyttelse			Side 1 av 2
	DOKUMENTSTYRING			Sist endret Aug. -02
Dokument-id	Utarbeidet av Sigfrid Baasland, basert på erfaringer i prosjektet	Opprettet 07.08.02	Godkjent av Jarle B. Hanken	Sign Revisjon A

1 Bakgrunn

Prosjektet Individuelle planer – et verktøy for bedre tjenesteyting og ressursutnyttelse 2001 – 2002, har utviklet IKT – basert verktøy for dokumentasjon og dokumentstyring.

2 Hensikt

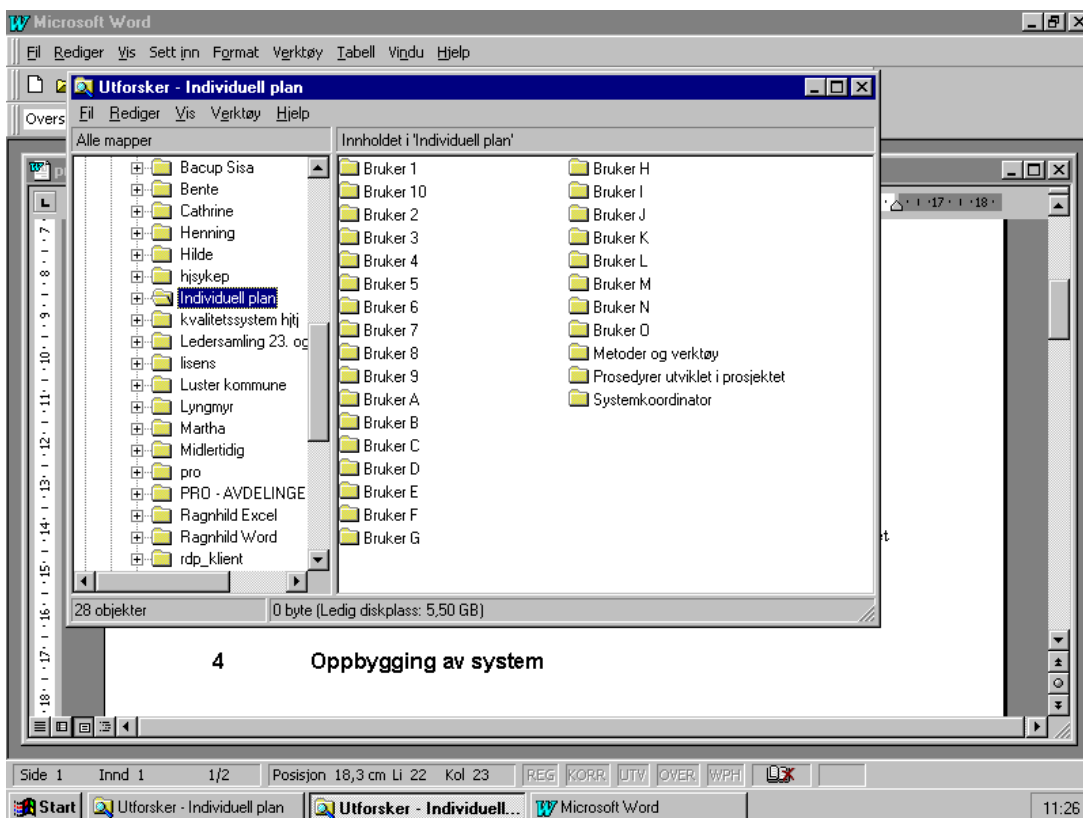
Hensikten med prosedyren er å beskrive


- hvordan brukers personvern blir ivaretatt gjennom et definert system for tilganger og innsyn
- hvordan det IKT – baserte systemet er bygd opp
- hvem som har ansvar for utvikling og vedlikehold av dokumentasjon og system

3 Personvern

- mappestrukturen er plassert på H(s)I server – sensitiv sone
- administrator har alle tilganger – og gir nødvendige tilganger etter beskjed fra systemkoordinator
- systemansvarlig for kvalitetsarbeid i HO har alle tilganger som ikke er beskyttet med passord unntak: tilgang til å endre tilganger
- systemkoordinator har lesetilgang til alle filer som ikke er beskyttet med eget passord
- koordinator har tilgang til alle mapper for egne brukere
- tiltakshavere har lesetilgang . Hvem dette er, er definert i samtykkeerklæring en i individuell plan

4 Oppbygging av system



 Tvedestrand kommune	Individuelle planer – et verktøy for bedret tjenesteyting og ressursutnyttelse			Side 2 av 2
	DOKUMENTSTYRING			Sist endret Aug. -02
Dokument-id	Utarbeidet av Sigfrid Baasland, basert på erfaringer i prosjektet	Opprettet 07.08.02	Godkjent av Jarle B. Hanken	Sign Revisjon A

5 Ansvar – handling

5.1 *Administrator*

- Endrer tilganger etc. etter beskjed fra systemkoordinator

5.2 *Systemkoordinator*

- Oppretter oversikt over brukere og koordinatorene i enkeltsaker, medarbeidere med koordinatorkompetanse, forespørsler osv.
- Gir og følger opp beskjeder til administrator

5.3 *Koordinator*

- Er kjent med IKT – basert system for dokumentasjon i Individuell plan
- Mestrer bruk av de ulike verktøyene – skaffer seg nødvendig kompetanse
- Holder dokumentasjon definert i pkt. 6 a –jour

5.4 *Fadder*

- Er kjent med IKT – basert system for dokumentasjon i Individuell plan
- Mestrer bruk av de ulike verktøyene – skaffer seg nødvendig kompetanse
- Bidrar til at dokumentasjonen kommer på plass gjennom å veilede, etterspørre etc.

5.5 *Tiltakshaver*

- Er kjent med hvilken type dokumentasjon som finnes og hvor en kan hente informasjon
- Gir melding til koordinator om dokumenter som etableres, slik at oversikt over i dokumentasjon i individuell plan til enhver tid er oppdatert

6 Krav til ajourført dokumentasjon

- Samtykkeerklæring
- Prosessplan
- Individuell plan
- Logg
- Oversikt over dokumentasjon som er deldokumenter under individuell plan (andre planer etc.)

7 Arkiv

Koordinator for den enkelte sak, sørger for elektronisk lagring av alle revisjoner av individuell plan. Dette gjøres ved at hver endring lagres på nytt, og at dato for endring er en del av filnavnet. Dersom endringer underveis ikke er nødvendig, foregår evaluering og revisjon av individuell plan minst en gang hvert år etter etablerte prosedyrer. Avtaler om dette dokumenteres i individuell plan og i prosessplanen.

8 Referanser

- Målavklaring – verdier.doc
- Koordinatorkompetanse.doc
- Organisering av tverrfaglig samarbeid.doc
- Rollebeskrivelse.doc

	INDIVIDUELL PLAN	Side 1 av 1
Tvedestrand kommune	SAMTYKKEERKLÆRING	

Informert samtykke betyr at jeg som bruker

- har fått informasjon om hvilke opplysninger som skal utveksles
- vet hvordan opplysningene skal brukes og konsekvensene av dette
- er kjent med at det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig
- er kjent med at jeg kan nekte at opplysninger om spesielle forhold utveksles, eller at spesielle fagmiljø eller enkeltpersoner får bestemte opplysninger
- er kjent med de konsekvenser/begrensninger på informasjon kan ha for arbeidet med min individuelle plan og for tilbudet til meg

Merk! Dersom det er fare for liv og helse, kan informasjon gis uten samtykke.

Lovbestemmelser om taushetsplikt

- Forvaltningslovens § 13 til 13e- Pasientrettighetsloven § 3-6
- Helsepersonelloven kapittel 5 §21 – 25- Lov om sosiale tjenester § 8 – 8
- Opplæringslovens § 5.4 og § 15.4- Folketrygdlovens § 21-9, § 25-10 og §25-11.

Jeg samtykker til at koordinator innhenter/gir informasjon om	Fra/til	Dato, brukers underskrift

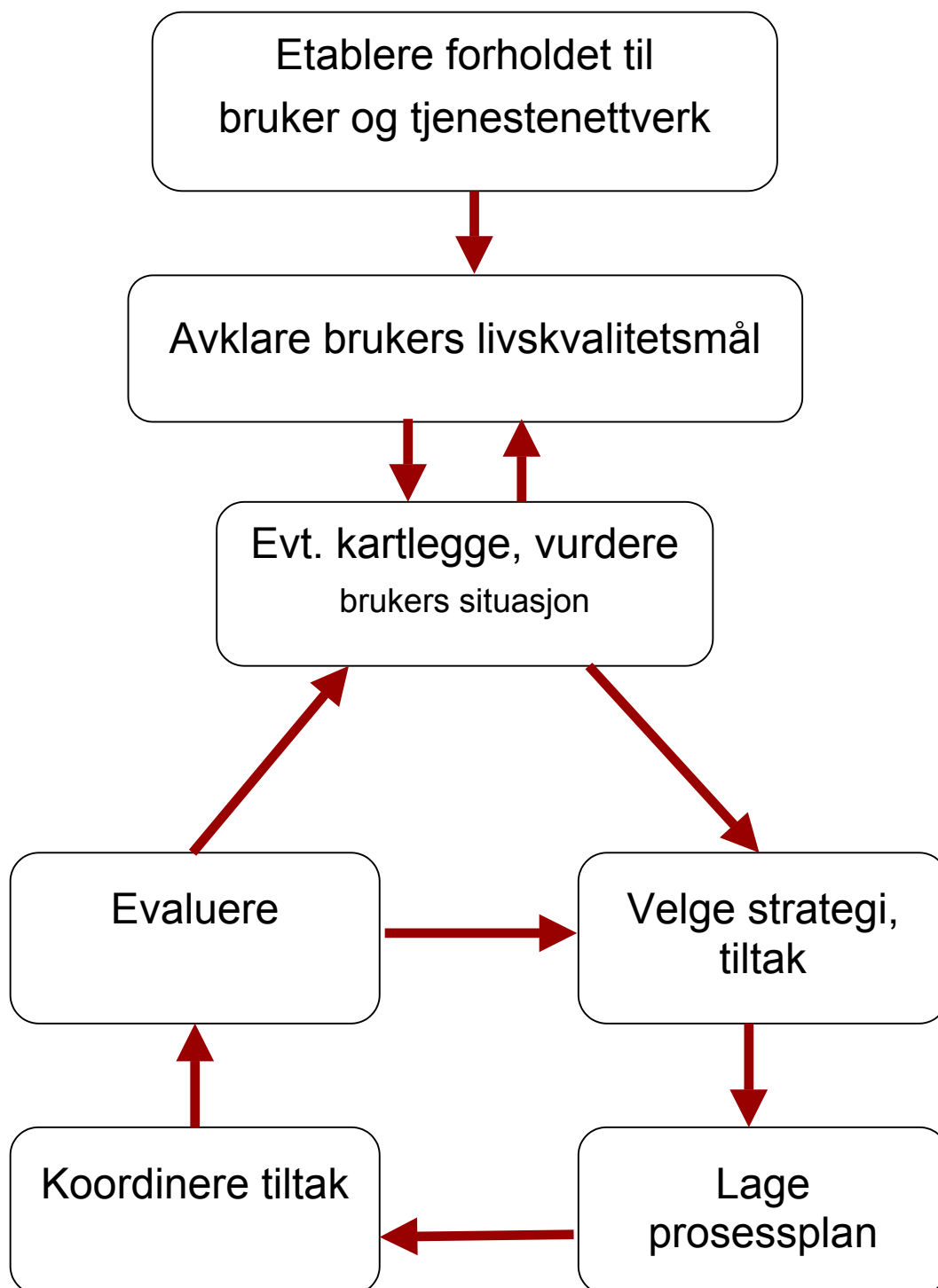
Jeg samtykker til at følgende fagpersoner får tilgang til min individuelle plan, og kan utveksle nødvendig informasjon: Slik at de skal kunne utføre sine oppgaver slik planen beskriver	Dato, brukers underskrift

Eventuelle andre opplysninger



”INDIVIDUELLE PLANER ET VERKTØY FOR BEDRE
TJENESTEYTING OG RESSURSNYTTTELSE”

KOORDINERINGSPROSESSEN

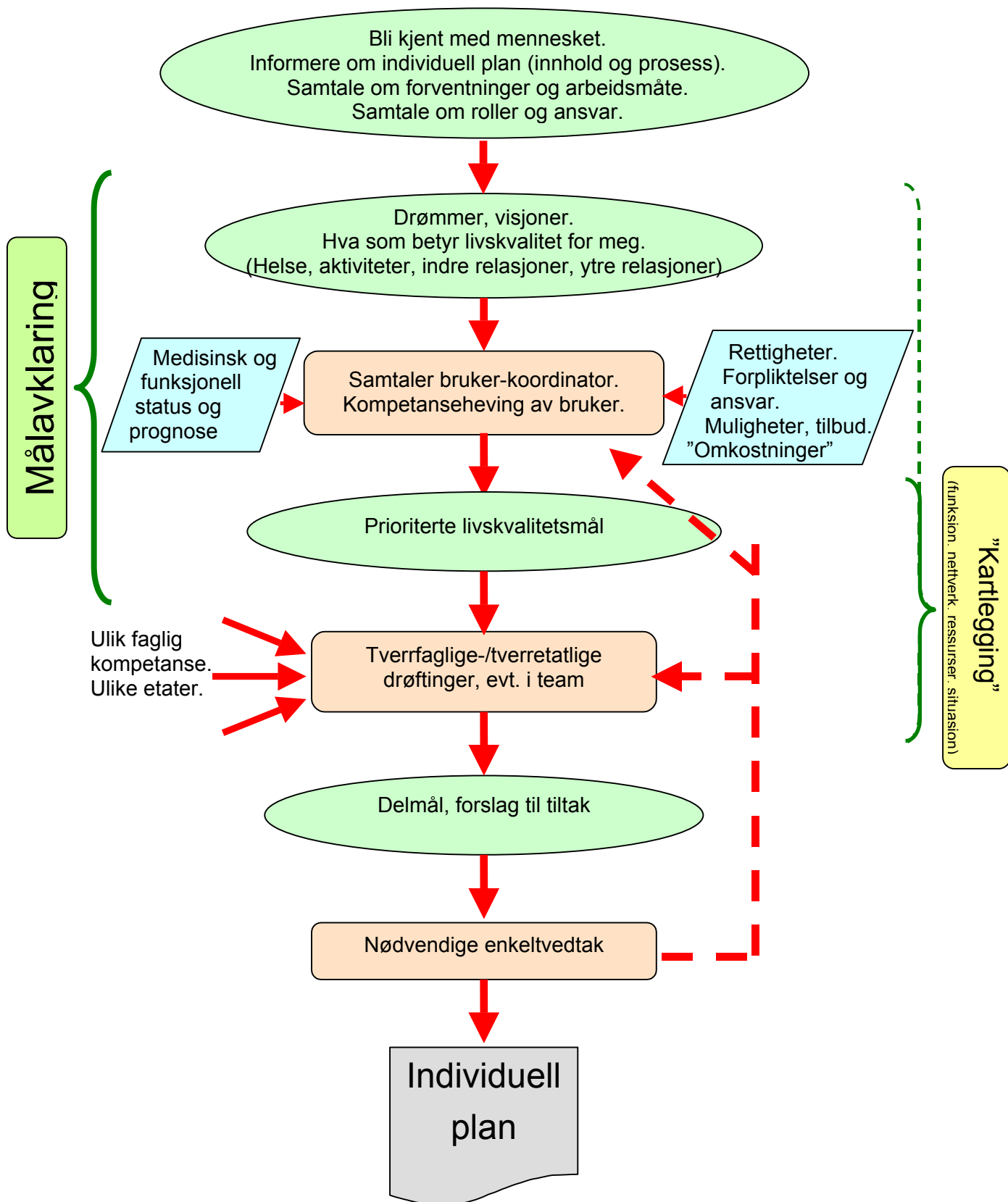




Tvedestrand
kommune

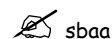
”INDIVIDUELLE PLANER ET VERKTØY FOR BEDRE
TJENESTEYTING OG RESSURSNYTTTELSE”

SLIK GJØR VI DET versjon 1





Tvedestrand
kommune



”INDIVIDUELLE PLANER ET VERKTØY FOR BEDRE
TJENESTEYTING OG RESSURSNYTTTELSE”

SLIK GJØR VI DET

versjon 2

Målavklaring

- Unni og koordinator blir kjent: Hvem er personen Unni?
- Koordinator informerer Unni om hva Individuell plan er.
- Unni og koordinator samtaler om forventninger og arbeidsmåte.
- Unni og koordinator samtaler om roller og ansvar.



- Hva er viktigst for Unnis livskvalitet, nå og framover?
- Hva er Unnis drømmer og visjoner? (Aktiviteter, indre relasjoner, ytre relasjoner, annet)



- Unni og koordinator jobber sammen for å finne muligheter.
- Andre kan inviteres til å gi informasjon som kan være nyttig (Unnis medisinske og funksjonelle status og prognose).



Unnis egne prioriterte
livskvalitetsmål



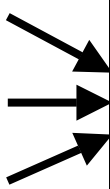
- Unni og koordinator utarbeider prosessplan, drøfter og samarbeider ”på tvers” med personer som kan bidra, vurderer muligheter og begrensninger, utarbeider delmål, forslag til vedtak
- Evt. enkeltvedtak fattes.



Individuell plan
for Unni

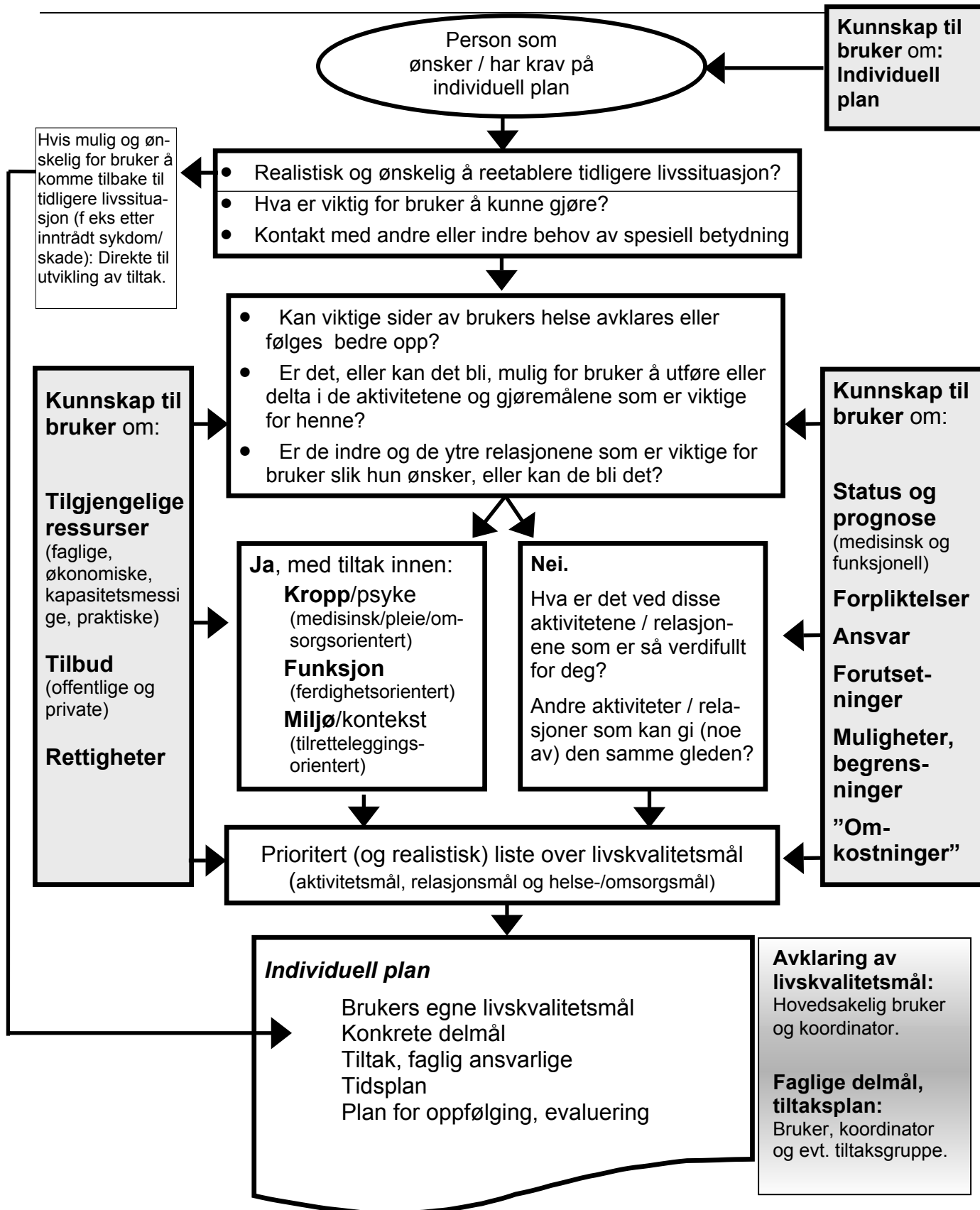
Evt. ”kartlegging”
(av Unnis funksjon, nettverk, ressurser, situasjon el a)

Ulik faglig kompetanse,
aktuelle etater/sectorer og tiltakshavere





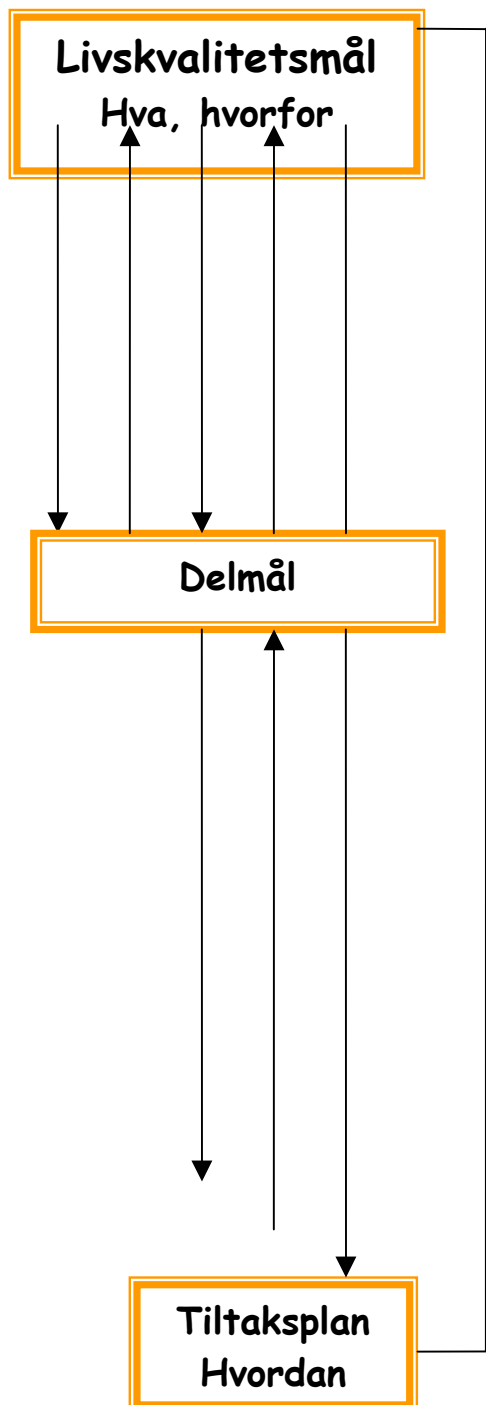
PROSEDYREKART - INDIVIDUELL PLAN





"TA HEISEN"

Kommunikasjonsprosessen i målavklaring



TA HENSYN TIL

- Fase i forløpet
- Tilstand
- Modning
- Ulike forutsetninger

Merk

Det er ofte flere delmål under et livskvalitetsmål



Tvedestrand
kommune

”INDIVIDUELLE PLANER ET VERKTØY FOR BEDRE
TJENESTEYTING OG RESSURSUTNYTTELSE”

FASER I KOORDINERING

Merk! På et gitt tidspunkt kan man være i ulike faser i prosessen i forhold til ulike mål.

FASE 1: ETABLERING

- Systemkoordinator oppnever personlig koordinator
- Informasjon - kunnskap til bruker om rettigheter og forpliktelser i Individuell plan - arbeid
- Utvikling av forholdet mellom bruker og koordinator – løse akutte behov
- Etablering av forholdet mellom koordinator og tiltaksnettverket

FASE 2: MÅLAVKLARING OG KARTLEGGING

- Brukers helhetlige livskvalitetsmål
- Kunnskap til bruker
- Eventuell kartlegging
- Prioritert og realistisk liste over brukers helhetlige livskvalitetsmål
- Konkrete delmål

FASE 3: STRATEGIER ELLER KOMBINASJONER AV STRATEGIER

- Veiledning
- Behandling
- Rehabilitering
- Omsorg
- Opplæring
- Nettverksbygging

FASE 4: TILTAKSPLAN

- Prosessplan
- Innhold i tiltaksplanen, hvilke tiltak?
- Hvem deltar i og hvem er ansvarlig for gjennomføring av tiltaket?
- Hvordan og når skal tiltaket gjennomføres?
- Når skal tiltaket evalueres?

FASE 5: PLAN FOR OPPFØLGING

- Forebygging av kriser
- Beskrivelse av prosess mellom bruker, koordinator, tiltaksnettverk
- Vurdering av resultater
- Justering av planer

FASE 6: KOORDINERING AV TILTAKENE

FASE 7: EVALUERING



STIKKORD I MÅLAVKLARING

Domener

<p>① Aktiviteter og gjøremål som er viktige for bruker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvis livssituasjonen er betydelig endret Viktige aktiviteter/ gjøremål tidligere. Hva betydde de? Hva gjorde dem viktige? • Viktige aktiviteter/ gjøremål nå. Hva betyr de? Hva gjør dem viktige? • Framtidige aktiviteter/gjøremål, du drømmer om, visjoner. • Viktige aktiviteter/ gjøremål som er eller vil bli hindret av funksjonsstatus. Hvilke betyr eller kan bety mest for livskvaliteten? 	<p>② Helse, velvære</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spørsmål knyttet til helse som ikke er utredet/avklart godt nok? • Forhold knyttet til velvære (smerter, fysisk ubehag, hvile) som bruker er opptatt av? 	<p>③ Kontakt med andre mennesker</p> <p>Brukers opplevelse av</p> <ul style="list-style-type: none"> – nære forhold – forhold til familie – forhold til naboer, venner, kolleger, fagpersoner, tilfeldige, ukjente. <p>Hvilke forhold prioriterer bruker å bedre?</p>	<p>④ Indre behov</p> <p>Brukers opplevelse av</p> <ul style="list-style-type: none"> – selvfølelse/egenverd – selvbestemmelse – trygghet (i motsetning til usikkerhet, angst) – frihet fra stress – livssyn, tro – tilfredshet – mening med livet <p>Hva prioriterer bruker å forbedre?</p>
---	--	---	---

Arenaer

<p>Hjem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Egenomsorg • Husholdningsaktiviteter/gjøremål • Andre praktiske aktiviteter/gjøremål • Praktiske omsorgsoppgaver (for andre) 	<p>Arbeid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lønnet arbeid (ute/hjemme) • Ulønnet arbeid / frivillighetsarbeid (ute/hjemme) 	<p>Skole/opplæring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grunnskole - videregående • Videreutdanning • Tilleggsutdanning • Kurs mv 	<p>Fritid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjemmefritid • Utefritid (organisert, uorganisert) 	<p>Behandling/pleie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innhold • Opplevelse av rolle • Omfang • Tid: Tidsbruk, tidspunkt • Sted, reise
--	--	--	--	--



Tvedestrand
kommune

TILNÆRMING TIL MÅLAVKLARING

Kilde: IK - 2001 2 - 2000

Noen brukere syns det er vanskelig å formulere sine livskvalitetsmål. Kanskje kan litt dagligdags prat gi hjelp til å komme i gang. Her er noen igangsettere som kan brukes i forhold til noen brukere.

AKTIVITETER

- Hva pleier du å gjøre en helt vanlig dag?
- Hva har du lyst til å gjøre?
- Hva vil du gjerne gjøre?
- Hva hindrer deg?

PERSONER

- Hvem er du mest sammen med?
- Hvem skulle du gjerne ha truffet oftere?
- Hva hindrer deg?

STEDER

- Hvilke steder pleier du å være?
- Hvor ønsker du å være oftere?
- Hva hindrer deg?

INTERESSER

- Hva liker du å holde på med?
- Hva var interessene dine før?
- Er det noe du kunne være interessert i å begynne med?
- Hva hindrer deg?



Tvedestrand
kommune

TILNÆRMING TIL MÅLAVKLARING

Kilde: IK - 2001 2 - 2000

HELHETLIG FORSTÅELSE AV LIVSSITUASJONEN

Ta brukers mål på alvor, selv om de kan virke urealistiske. Hva ligger bak en brukers ønske om å bli f. eks. advokat? Status, penger, et godt forhold til andre. Slike mål er det mulig å arbeide med.

Noen brukere kan ha vanskelig for å se for seg hvilken livssituasjon de ønsker seg, og hvilke tjenester de har behov for. Koordinator må i slike tilfeller arbeide aktivt sammen med bruker og/eller nærpersoner for å klargjøre mål.

LIVSKVALITETSMÅL

- hvilke mål, ønsker, drømmer har du for framtida?
- hva er dine muligheter - hva kan du bygge på videre?
- hvilke problemer tror du at du vil møte når du forsøker å nå dine mål?
- hvilke forandringer hos deg selv ville du ønske for å nå dine mål, ønsker eller drømmer?
- hvilke forandringer i omgivelsene dine ville føre til at du lettere kunne nå dine mål og realisere dine ønsker og drømmer?

DELMÅL

- hva er det første delmålet du vil sette for deg selv?
- hva kan du gjøre de nærmeste månedene for å nå dette delmålet?
- hvilke problemer tror du at du vil møte når du forsøker å nå målet?
- beskriv så konkret som mulig hva som må til for å nå det nærmeste delmålet
- beskriv så konkret som mulig hvordan du kan vite at målet er nådd



Tvedestrand
kommune

TILNÆRMING TIL MÅLAVKLARING

Kilde: IK - 2001 2 - 2000

TILTAK

Tiltak som tar sikte på å endre faktorer i omgivelsene

- tiltak som kan redusere belastende faktorer
- tiltak som kan forsterke beskyttende faktorer

Tiltak som tar sikte på å endre individuelle faktorer

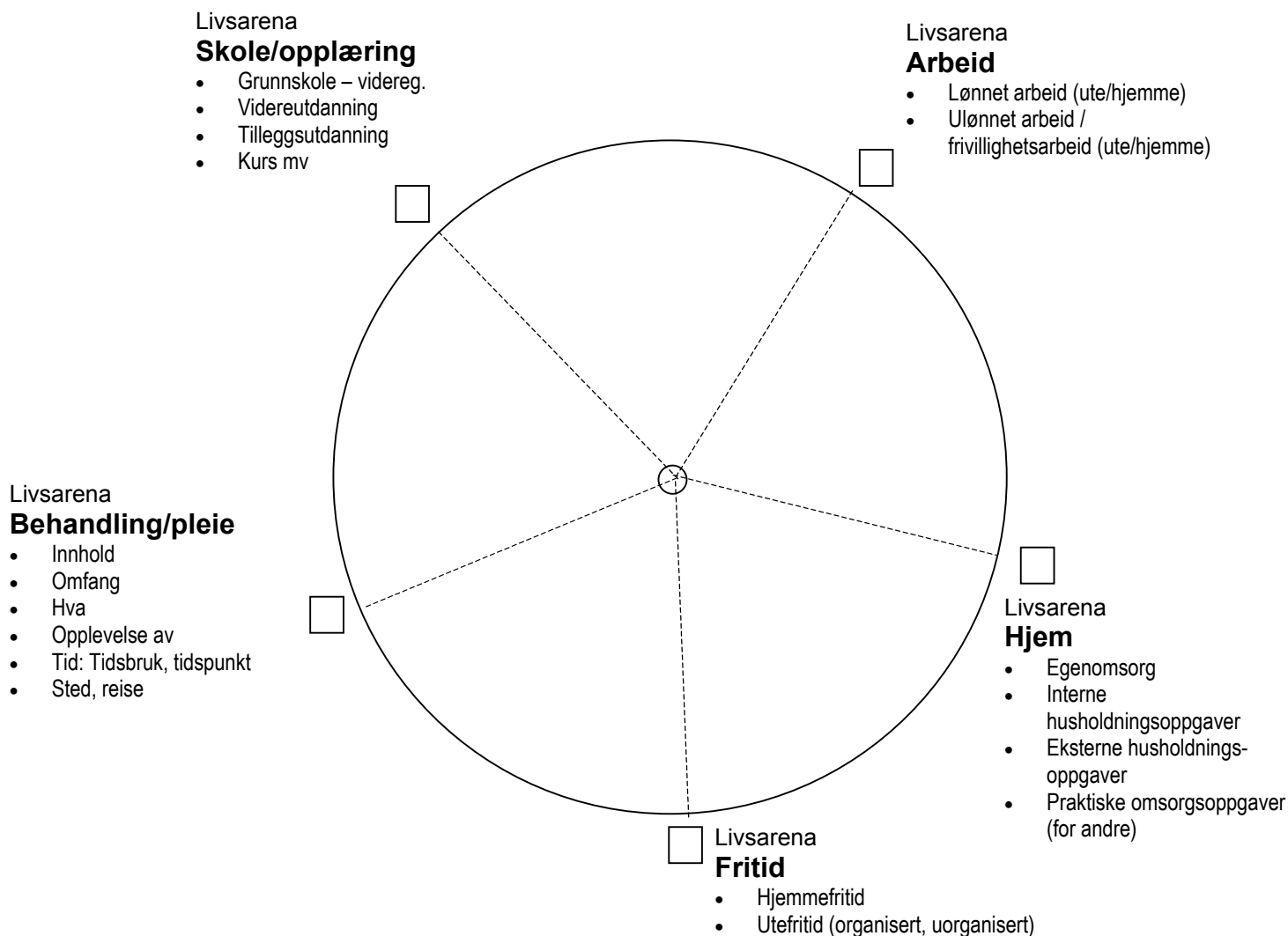
- tiltak som kan redusere sårbarhet
- tiltak som kan styrke evne til mestring

TILTAKSNETTVERKET

Koordinator burde nå ha oversikt over brukers samlede behov for tiltak.

- Arbeid
- Opplæring
- Hjemmesituasjonen
- Økonomi
- Indre relasjoner
- Sosiale relasjoner
- Behandling og pleie
- Fritid

Navn på bruker	Fødsels-nr.	Saks-nr.	Koord.:
----------------	-------------	----------	---------



På hver av disse "livsarenaene"

Viktigste aktiviteter: Hva liker du å gjøre på skole, arbeid, for å oppnå helse og velvære, i fritid etc.

Medisinske spørsmål knyttet opp mot skole, arbeid, helse etc.

Viktig kontakt med andre på skole, arbeid, helse, hjem, fritid (Hengivenhet, samarbeid, støtte)

liker - har det fint sammen med

samarbeider med
støtter

nære forhold

familieforhold

forhold til venner, naboer, tilfeldige, ukjente

Viktige indre behov på skole, arbeid etc.)

- selvfølelse og egenverd
- selvbestemmelse
- trygghet (i motsetning til usikkerhet, angst)
- frihet fra stress
- livssyn, tro
- tilfredshet



”INDIVIDUELLE PLANER ET VERKTØY FOR BEDRE
TJENESTEYTING OG RESSURSUTNYTTELSE”

PROSESSPLAN

Planlegging av fremdrift, medvirkning og ansvar for prosess

Navn på bruker:	Fødselsnr.:	Saksnr.:	Samtykkeerkl. sett X	Koordinators navn	Koordinators tlf.	Unntatt offentligheten – jfr. off.lov §5A
-----------------	-------------	----------	----------------------	-------------------	-------------------	---

HVEM	TRINN	HANDLING	NÅR

Bruker og koordinator er enig om at prosessplanen beskriver fremdrift, medvirkning og ansvar for prosess

Sted	Dato	Brukers underskrift	Koordinators underskrift
------	------	---------------------	--------------------------

Navn på bruker	Fødselsnr.	Saksnr.	Koord.	Side ___ av ___
----------------	------------	---------	--------	-----------------

Livsområder:

- Helse
- Aktiviteter og gjøremål som er viktige for deg
- Trygghet og selvfølelse mv
- Kontakt med andre mennesker

Omkostninger:

- Tid
- Krefter
- Avhengighet
- Økonomi

Arenaer:

- Hjem
- Fritid
- Skole
- Arbeid
- Behandling

	”INDIVIDUELLE PLANER ET VERKTØY FOR BEDRE TJENESTEYTING OG RESSURSNYTTTELSE” INVITASJON	Side 1 av 1
Tvedestrand kommune	Prosjektleder Sigfrid Baasland Postboks 175, 4902 Tvedestrand Tlf. : 371 99 612 Faks: 371 62590 Mail: sba@tvedestrand.kommune.no	
UoD partner: Rehab-Nor Lokale aktører: Eldrerådet, Rådet for funksjonshemmede, Helse – og sosial, Kultur, Plan – og vedlikehold, A- etat, Trygdeetat, PPD, Brukere, Prosj. leder utføring Samarbeidende kommuner: Gjerstad, Risør, Åmli, Vegårshei, Arendal, Lier, Hurum		

Kjære bruker !

Individuell plan – en rettighet

Fra 1.07 01 har alle brukere som har behov for tjenester fra flere over lenger tid, rett til å få Individuell plan. Hensikten med dette er:

- Å sikre at alle tiltak som gjennomføres bidrar til å realisere mål som den enkelte brukeren (foreldre/foresatte når bruker er barn) mener er viktig
- Å bidra til kontinuitet og sammenheng i det samlede tilbudet.

Slik er det tenkt

- Planen skal ta utgangspunkt mål bruker (foreldre etc.) selv formulerer som viktig for brukers livskvalitet
- Bruker får tilbud om **en** person i tjenesteapparatet (koordinator) som kan
 - være samtalepartner for å avklare mål
 - være behjelpelig med å kartlegge og vurdere brukers situasjon
 - planlegge oppfølging av ting som er bestemt
 - koordinere og legge til rette for gjennomføring av tiltak
 - evaluere og justere individuell plan sammen med bruker

Kommunestyret ved Rådmannen, gjennomfører nå et arbeid for å finne ut hvordan vi best kan arbeide med Individuell plan her i Tvedestrand.

Se øverst på dette arket hvem som deltar i prosjektet.

Vi har, i lukket møte underlagt bestemmelser om taushetsplikt, drøftet hvilke brukere *tjenesteyterne* mener kan bidra konstruktivt i prosjektet, og som selv kan oppleve at det er nyttig og interessant å delta.

Tilbud om deltakelse

Du (ditt barn etc.) får med utgangspunkt i denne drøftingen, tilbud om å få utviklet Individuell plan. Er du interessert, ta kontakt med

_____ (navn og tlf. til koordinator/systemkoordinator)

for ytterligere informasjon og underskriving av avtale. ("Bekreftelse fra bruker")

Vennlig hilsen

Bente Aaby
Systemkoordinator i Tvedestrand

	”INDIVIDUELLE PLANER ET VERKTØY FOR BEDRE TJENESTEYTING OG RESSURSENTNYTTELSE” STANDARDKJEMA 1 BEKREFTELSE FRA BRUKER	Side 1 av 1
Tvedestrand kommune		
Prosjektleder Sigfrid Baasland Postboks 175, 4902 Tvedestrand Tlf. : 371 99 612 Faks: 371 62590 Mail: sba@tvedestrand.kommune.no		UoD partner: Rehab-Nor Lokale aktører: Eldrerådet, Rådet for funksjonshemmede, Helse – og sosial, Kultur, Plan – og vedlikehold, A- etat, Trygdeetat, PPD, Brukere, Prosj. leder attføring Samarbeidende kommuner: Gjerstad, Risør, Åmli, Vegårshei, Arendal, Lier, Hurum

NAVN _____

ADRESSE _____

FØDSELSDATO _____

Jeg bekrefter med dette at jeg (eller jeg/vi på vegne av).....
 ønsker å delta i lokalt prøveprosjekt om individuell plan.

Koordinator for min Individuelle plan er.....
 Dersom koordinator blir sykemeldt/slutter i prosjektperioden, oppnevner systemkoordinator
 Bente Aaby i samråd med meg, vikar for/ ny koordinator.

Jeg er gjort kjent med at utarbeidelse av en individuell plan, forutsetter et samarbeid
 mellom bruker (foreldre/verge) og koordinator.
 Jeg vil medvirke til utarbeidelse av livskvalitetsmål og gjennomføring av avtaler og tiltak i
 min individuelle plan.

Jeg har fått informasjon om at prosjektet vil begrense opplysninger om meg som bruker.
 Bare opplysninger som er nødvendig for læringen i prosjektet og arbeidet med min
 Individuelle plan, blir utvekslet mellom samarbeidspartnerne.

STED/DATO _____

UNDERSKRIFT BRUKER _____

EVT. UNDERSKRIFT PÅRØRENDE/VERGE _____

	<p>”INDIVIDUELLE PLANER ET VERKTØY FOR BEDRE TJENESTEYTING OG RESSURUTNYTTELSE”</p> <p>STANDARDKJEMA 2</p> <p>BEKREFTELSE FRA KOORDINATOR</p>	Side 1 av 1
Tvedestrand kommune		
Prosjektleder Sigfrid Baasland Postboks 175, 4902 Tvedestrand Tlf. : 371 99 612 Faks: 371 62590 Mail: sba@tvedestrand.kommune.no	UoD partner: Rehab-Nor Lokale aktører: Eldrerådet, Rådet for funksjonshemmede, Helse – og sosial, Kultur, Plan – og vedlikehold, A- etat, Trygdeetat, PPD, Brukere, Prosj. leder utføring Samarbeidende kommuner: Gjerstad, Risør, Åmli, Vegårshei, Arendal, Lier, Hurum	

Jeg bekrefter med dette at jeg har påtatt meg koordinatorsansvar for (brukers navn)

Individuelle plan.

Koordinatoransvaret gjennomføres i tråd med rammer og føringer i forskrift og prosjekt når det gjelder innhold, organisering og metodikk.

Koordinatorrollen innebærer et ansvar for

- å etablere kontakt og et tillitsfullt samarbeid med bruker
- å gi nødvendig informasjon til bruker/pårørende om hva Individuell plan er
- å gi nødvendig informasjon om hvordan prosjektet gjennomføres, se standardkjema nr. 1, ”Bekreftelse fra bruker”
- å avklare brukeres egendefinerte mål (livskvalitetsmål) og behov som forutsetning for ulike tiltak
- å utarbeide prosessplan for utvikling, gjennomføring, evaluering og justering av Individuell plan
- å samordne planlagte tiltak med andre i tiltaksnettverket
- å lære av erfaring og dele læring i opplæring – og nettverkssammenheng
- å samarbeide med systemkoordinator om hensiktsmessige løsninger for bruker, ved langvarig sykefravær eller andre endringer i koordinators jobbsituasjonen i prosjektperioden

STED/DATO _____

UNDERSKRIFT KOORDINATOR _____

UNDERSKRIFT NÆRMESTE OVERORDNEDE _____



Rehab-Nor

Hovedkontor:

Rehab-Nor
N-1825 Tomter
Tlf: 69 92 42 00, 91 61 01 35 (mobil)
Faks: 69 92 42 01
e-mail: oivind.lorentsen@rehab-nor.no

Avdelingskontor:

Rehab-Nor avd. Arendal
Sølvfaksveien 13, N-4818 Færvik
Tlf: 37 08 65 85, 95 21 15 94 (mobil)
Faks: 37 08 65 86
e-mail: alf.reiar.berge@rehab-nor.no

Hjemmeside:

www.rehab-nor.no