



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Bruk av individuell plan i individuelt sosialt arbeid

Using Individual Plan as a Tool in Individual Social Work

Kandidatnummer: 329

Bachelor i sosialt arbeid
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for velferd og deltaking
27.05.20

Antall ord: 8492

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

Using Individual Plan as a Tool in Individual Social Work

This is a literature review that examines the use of individual plan (IP) in individual social work. Individual plan is a tool used in Norway to make sure that people who are in the need of long-term help, from several health- and social services, get a more coordinated treatment that focus on the individual's resources and goals. The research question of this study is; *Under what circumstances can individual plan be a useful tool in individual social work?* Some of the intensions with the individual plan are to systematize the treatment progress and to increase user participation. Researches show that use of individual plan does not lead to sufficient achievement of the goals that it was supposed to attain. This study will discuss the circumstances that are significant regarding to make the helping progress more systematized and to increase user participation. The research question will be discussed according to theory about systematic social work and user participation. The study shows that factors such as a common understanding of what an IP is among professionals, enough resources such as time and using the tool as a process instead of a document is important. Involving the client in the planning is necessary and factors such as the relation between the client and the professionals, the professional's approach, and the client's premises to participate is of importance for the level of participation. The coordinator of the plan is of importance, both to make the progress systematic and to ensure that the user gets to participate.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemstilling og avgrensning	4
1.3 Oppbygging av oppgaven	6
2.0 Metode	6
2.1 Metodisk tilnærming.....	7
2.2 Innhenting av litteratur og forskning	7
3.0 Teori og forskning	9
3.1 Individuelt og systematisk sosialt arbeid	9
3.2 Brukermedvirkning	12
3.3 Overordnede funn fra forskning om individuell plan	13
4.0 Drøfting	14
4.1 Individuell plan som systematisk verktøy i individuelt sosialt arbeid	15
4.2 Brukermedvirkning – et mål og en forutsetning i arbeid med individuell plan	19
4.3 Særlig om koordinatorens rolle.....	21
5.0 Oppsummering	23
6.0 Litteraturliste	25
Figurer:	
Figur 1. Arbeidsprosessen.....	11

1.0 Innledning

I denne bacheloroppgaven er temaet individuell plan. Individuell plan (IP) er et verktøy som skal bidra til å skape et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til mennesker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2015). Da ordningen med individuell plan ble innført var hensikten å skape et bedre tjenestetilbud til mennesker som over tid hadde behov for hjelp fra flere instanser. Til tross for gode hensikter, kan det stilles spørsmål knyttet til hvordan IP-ordningen har fungert i praksis. I denne bacheloroppgaven ønsker jeg å undersøke og finne ut av hvorvidt individuell plan kan være et nyttig verktøy i individuelt sosialt arbeid. Temaet er relevant for sosialt arbeid som fag og yrke fordi man som sosialarbeider vil kunne komme i kontakt med mennesker som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. De har rett på individuell plan. Dette er en rettighet man som sosialarbeider skal kjenne til og ha kunnskap om slik at man kan tilby dem det gjelder en slik plan (Kjellevold, 2013, s. 56).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Da vi lærte om individuell plan på sosionomstudiet satt jeg igjen med ett inntrykk av at mange av brukerne man som sosionom vil møte på kan ha rett på IP. Vi fikk en innføring i hvordan IP kan brukes, samt hvorfor det er et nyttig og viktig verktøy. Jeg tenkte at IP var et verktøy jeg garantert kom til å benytte i yrkeslivet, både fordi jeg synes det virket nyttig og fordi jeg lærte at jeg som ansatt ved flere ulike instanser har en plikt til å tilby individuell plan til personer som har behov for det. Senere i studiet hadde jeg en praksisperiode der jeg fant ut at inntrykket jeg satt igjen med etter å ha lært om individuell plan, ikke stemte overens med hvordan jeg erfarte at IP ble brukt i praksis. Dette gjorde meg nysgjerrig og interessert i å finne ut mer om temaet.

Individuell plan kom først i 2001 og har siden blitt møtt med både entusiasme, skepsis og motstand. Ordningen kom som et resultat av blant annet vedvarende kritikk av hvordan offentlige helse- og omsorgstjenester var oppsplittet og lite samordnet. Det var et behov for en ordning som kunne sikre større forutsigbarhet og koordinering av tjenester (Breimo, Normann, Sandvin & Thommesen 2015, s. 12-14). I starten ble individuell plan spesielt sett på som et verktøy i forbindelse med rehabilitering, og i St.meld.nr.21 (1998-99) *Ansvar og mestring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* ble forslaget om retten til IP fremmet. I stortingsmeldingen ble det gjort rede for aktuell status på rehabiliteringsområdet. For liten

grad av brukermedvirkning og mangel på systematikk, helhetstenkning og samordning var blant det som ble nevnt som utfordringene på området. Bruk av individuelle planer og etablering av en koordineringsfunksjon ble foreslått som viktige tiltak for å endre på disse utfordringene (St.meld.nr.21 (1998-99)). I årene som fulgte ble rettigheter og plikter knyttet til individuell plan og koordinator hjemlet i en rekke lovverk. I dag har mennesker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester rett til å få utarbeidet individuell plan jf. pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 2-5, dersom de ønsker det. Kommunens ansvar for å utarbeide individuell plan og å tilby og oppnevne koordinator er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, kap.7). Bestemmelser knyttet til IP er også å finne i spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 2-5, psykisk helsevernloven (1999) § 4-1, sosialtjenesteloven (2009) § 28 og § 33, arbeids- og velferdsforvaltningsloven (2006) § 15 og barnevernloven (1992) § 3-2a.

Formålet med IP er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, samt sikre pasient/brukers medvirkning og styrke samhandlingen mellom de involverte partene. IP er et verktøy i form av et planleggingsdokument, men arbeidet med individuell plan er også ment som en prosess som skal strukturere samarbeidet (Helsedirektoratet, 2015). Angående kravet om behov for langvarige og koordinerte tjenester innebærer langvarig at behovet strekker seg over ett visst tidsintervall, uten at det trenger å være varig. Koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2015). I forbindelse med utarbeidelse av individuell plan skal det oppnevnes en koordinator. Koordinatorens ansvar er å sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudene i tillegg til å sørge for fremdrift i arbeidet med IP. Dersom en pasient eller bruker har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, men ikke ønsker individuell plan, så skal vedkommende likevel tilbys en koordinator (Helsedirektoratet, 2015).

1.1 Problemstilling og avgrensning

Basert på kunnskap om hvorfor IP-ordningen kom, formålet med IP og erfaringer fra innblikk i bruk av IP i praksis så ble følgende problemstilling formulert:

Under hvilke forutsetninger kan individuell plan være et nyttig verktøy i individuelt sosialt arbeid?

For å avgrense oppgaven har jeg valgt å rette fokuset mot systematisk sosialt arbeid og brukermidvirkning. For liten grad av brukermidvirkning og mangel på systematikk er to av utfordringene ordningen med individuell plan og koordinator skulle ta sikte på å forbedre (St.meld.nr.21 (1998-99)). Derfor falt valget på å avgrense oppgaven ved å fokusere på disse to punktene. Systematisk sosialt arbeid og brukermidvirkning vil dermed være sentrale begreper i oppgaven. De vil bli gjort rede for i teoridelen.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Videre i oppgaven vil først valg av metode og innhenting av litteratur bli gjort rede for. Deretter kommer en teori- og forskningsdel der det vil bli gjort rede for utvalgt teori som er relevant for å belyse problemstillingen, samt overordnede funn fra forskning om individuell plan. I teoridelen vil systematisk sosialt arbeid og brukermidvirkning være i fokus. Teori som omhandler individuelt sosialt arbeid vil også bli presentert. De overordnede forskningsfunnen presenteres som et avsnitt i denne delen fordi jeg ser det som hensiktsmessig å kort gi et innblikk i hva forskning sier om individuell plan før drøftingen. De mer spesifikke funnene vil bli lagt frem undervegs i drøftingen. I drøftingsdelen vil problemstillingen bli drøftet og det vil da være forutsetninger som er av betydning for systematikk og brukermidvirkning som er i fokus. Til slutt vil drøftingen og de funnene som er blitt gjort oppsummeres i en egen del.

2.0 Metode

For å besvare problemstillingen og å forsøke å komme frem til ny kunnskap, så må en egnet metode benyttes. En metode er et redskap som tas i bruk for å samle inn data som trengs for å undersøke et valgt tema (Dalland, 2017, s. 52). Det er vanlig å skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitative metoder går i bredden og gir data i form av målbare enheter, mens kvalitative metoder går i dybden og forsøker i større grad å fange opp omfang, mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2017, s. 53). Videre vil valg av metode bli presentert, begrunnet og vurdert. Deretter gjøres det rede for innhenting av litteratur og kriterier for utvalget av den.

2.1 Metodisk tilnærming

Jeg har valgt å ta i bruk litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen; *Under hvilke forutsetninger kan individuell plan være et nyttig verktøy i individuelt sosialt arbeid?* En litteraturstudie er en kvalitativ metode som baserer seg på sekundærdata. Det vil si at man tar i bruk allerede eksisterende kunnskap som er publisert i databaser, tidsskrifter, rapporter etc. (Jacobsen, 2010, s. 54). Ved bruk av denne metoden skaffer man oversikt over den allerede eksisterende litteraturen som omhandler et bestemt tema og tolker den for så å prøve å fastslå hva man vet. En litteraturstudie kan bidra til forståelse knyttet til kunnskap som eksisterer, synliggjøre mangler, avsløre uavklarte spørsmål eller bidra til nye perspektiver (Imel, 2011, gjengitt i Turner, 2018). Valget falt på litteraturstudie som metode av flere grunner. For det første mener jeg at metoden er godt egnet for å besvare problemstillingen. Ved å ta i bruk allerede eksisterende data vil jeg få tilgang til et større datagrunnlag enn hva jeg ville fått om jeg eksempelvis hadde valgt å samle inn primærdata i form av kvalitative intervju. I tillegg eksisterer det allerede en god del forskning knyttet til individuell plan som kan benyttes. Å hente inn primærdata er tidkrevende og ville i denne sammenheng muligens ført til for lite data til å kunne svare tilstrekkelig på problemstillingen. For det andre er litteraturstudie en metode som lar seg gjennomføre digitalt, noe som er av betydning denne våren (mtp. korona).

En svakhet med litteraturstudie kan være hvordan litteratur blir valgt ut. For eksempel kan utvalget avhenge av den som søker etter litteratur sin førforståelse. Det kan skje at vedkommende leter etter litteratur som underbygger det han eller hun allerede tror knyttet til et tema, og dermed overser andre viktige bidrag (Dalland, 2017, s. 207). Samtidig vil man gjennom innhenting og studier av litteratur få mulighet til å utvide forståelsen nettopp fordi man henter inn forskning og funn fra flere hold.

2.2 Innhenting av litteratur og forskning

For at en litteraturstudie skal være pålitelig er det viktig å gjøre rede for hvordan litteraturen er samlet inn, samt kritisk vurdere litteraturen som velges ut (Dalland, 2017, s. 55). Å være kildekritisk handler om å vurdere og karakterisere litteraturen man finner for på denne måten å kunne gjøre rede for litteraturens pålitelighet og relevans med tanke på å belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158). I arbeidet med denne oppgaven satte jeg meg først inn i lovverk, forskrift og veileder som omhandler individuell plan og koordinator. Videre tok

jeg i bruk ulike databaser for å hente inn relevant litteratur og forskning. Jeg startet med å søke etter litteratur i Oria, søkemotoren som brukes ved biblioteket til Høgskulen på Vestlandet. I tillegg har jeg tatt i bruk SosIndex, Web of Science og Idunn. Relevant litteratur og forskning var å finne i flere av databasene. Oria var søkemotoren som ble benyttet mest. I tillegg til egne litteratursøk benyttet jeg snøballmetoden. Det vil si å finne relevant forskning ved å se i kildelistene til andre som har skrevet om temaet.

I søkene mine tok jeg i bruk både norske og engelske søkeord. Jeg startet med å gjøre et enkelt søk på kun ”individuell plan” på norsk og ”individual plan” på engelsk. Dette søket resulterte i henholdsvis 387 treff på norsk og 5562 treff på engelsk i Oria. For å begrense antall funn la jeg til søkeord. Av norske søkeord søkte jeg på ulike kombinasjoner av ”individuell plan”, ”brukermedvirkning”, ”medvirkning” og ”rehabilitering”. På engelsk søkte jeg på ”individual plan” i kombinasjon med ”integrated care”, ”empowerment”, ”rehabilitation”, ”user participation”, ”client participation”, ”user involvement” og ”client involvement”.

For å begrense antall funn hadde jeg ulike kriterier. Ettersom ordningen med IP kom i 2001 så søkte jeg på forskning fra 2001 og frem til i dag. Målet var å finne mest mulig ny og oppdatert forskning på temaet, men det viste seg å være lite relevant forskning fra de siste årene. Funnene jeg har tatt i bruk strekker seg fra 2007 til 2016. De fleste er fra etter 2010. Et annet kriterie var at forskningen skulle være vitenskapelig. Det vil si at det blir benyttet systematiske metoder og at forskerne tilstreber redelighet og synliggjøring av valg, tanker og resonnementer (Dalland, 2017, s. 51). Forskningsartiklene jeg har benyttet er i stor grad hentet fra fagfelleverderte og anerkjente tidsskrifter. Noe av forskningen jeg har benyttet har jeg imidlertid ikke funnet publisert i fagfelleverderte tidsskrifter. Jeg har likevel vurdert at forskningen er vitenskapelig og pålitelig ut fra fremgangsmåte og ettersom den er publisert offentlig ved norske universiteter. Ettersom individuell plan er en rettighet etter norsk lov så er det i all hovedsak forskning fra Norge som finnes knyttet til ordningen. En del av forskningen er imidlertid publisert på engelsk i eksempelvis engelskspråklige tidsskrifter. I oppgaven blir derfor litteratur på både norsk og engelsk tatt i bruk. I tillegg til litteratur og forskning funnet via litteratursøk så vil pensumlitteratur fra studieløpet også bli benyttet.

3.0 Teori og forskning

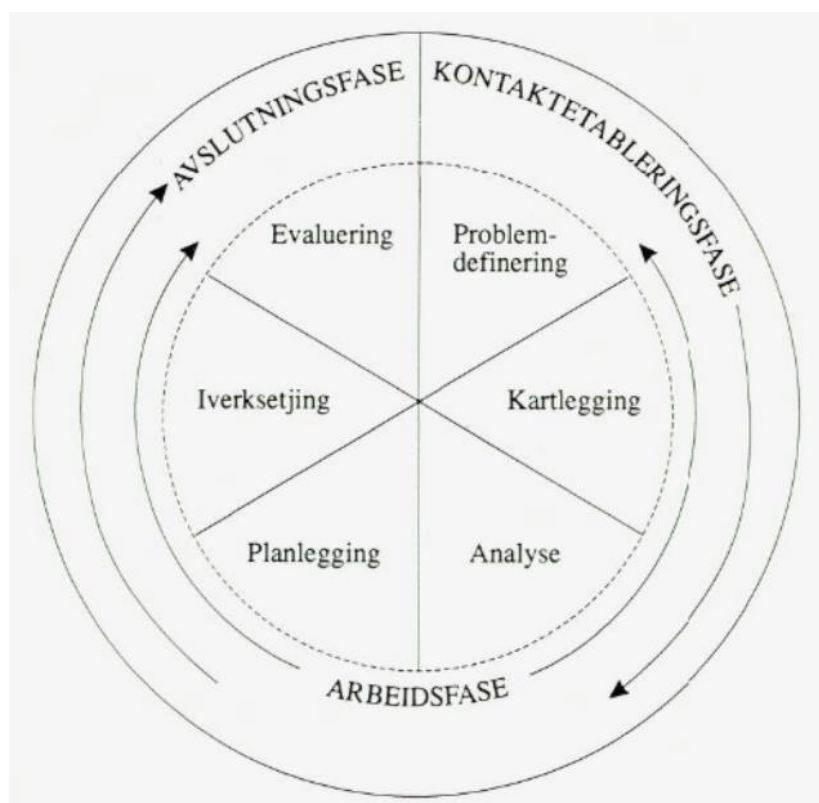
I denne delen av oppgaven vil valgt teoretisk kunnskap som kan belyse problemstillingen, samt en oppsummering av overordnede forskningsfunn som omhandler individuell plan bli presentert. Jeg har valgt å avgrense oppgaven ved å diskutere problemstillingen opp mot målene om at IP skulle bidra til systematikk og brukermedvirkning. Teori som omhandler systematisk sosialt arbeid og brukermedvirkning er derfor av betydning. Ettersom problemstillingen retter fokuset mot bruk av IP i individuelt sosialt arbeid vil også teori som omhandler den typen sosialt arbeid bli presentert. Først gjøres individuelt og systematisk sosialt arbeid rede for. Deretter kommer en del om brukermedvirkning og til slutt vil overordnede forskningsfunn bli presentert.

3.1 Individuelt og systematisk sosialt arbeid

Det eksisterer ulike typer sosialt arbeid, som eksempelvis individuelt sosialt arbeid, sosialt gruppearbeid, samfunnsarbeid og sosialt arbeid på administrativt og organisatorisk nivå (Kleppe, 2015, s. 125) Individuelt sosialt arbeid handler om å forebygge og redusere sosiale problemer hos enkeltmennesket og kommer fra det Mary Richmond beskrev som ”social case work” (Kleppe, 2015, s. 135). Social case work handler om å jobbe med interaksjonen mellom individet og dets omgivelser og å forsøke å forbedre denne (Ellingsen & Levin, 2015, s. 57). Richmond blir sett på som en av grunnleggerne til sosialt arbeid som fag og hun var opptatt av enkeltmennesket. Sosiale problemer ble av Richmond først og fremst forstått som forhold ved individet, og som sosialarbeider skulle man arbeide med individets utviklingsmuligheter for å få til endring. Personens omgivelser var likevel av betydning (Hutchinson & Oltedal, 2003, s. 19-20). Individuelt sosialt arbeid i dag dreier seg om å jobbe med enkeltmennesker, familier og deres nettverk. Som sosialarbeider vil man likevel ikke utelukkende arbeide ut fra årsaksforståelser på individnivå, slik Richmond i større grad gjorde. Arbeidet innebærer å se enkeltmennesket i den konteksten det inngår i (Kleppe, 2015, s. 135). I individuelt sosialt arbeid fokuserer mange av metodene på samhandlingen mellom klient og hjelper. Gjennom samarbeid vil klient og hjelper forsøke å komme frem til måter å forstå, håndtere eller løse vanskelige situasjoner og utfordringer på. Mobilisering av ressurser, både hos den enkelte og i omgivelsene rundt, kan være nødvendig (Kleppe, 2015, s. 135). På denne måten kan sosialarbeideren bidra til å styrke mulighetene for deltakelse og myndiggjøring. Myndiggjøring kommer bra det engelske begrepet ”empowerment” og innebærer at mennesker eller grupper gjøres i stand til å ta kontroll over eget liv gjennom å

mobilisere og ta i bruk egne ressurser. Myndiggjøring kan være både en prosess og et mål (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 103-104).

Godt sosialt arbeid, uavhengig av hvilken type, kjennetegnes av at det er systematisk og målrettet. Systematisk sosialt arbeid innebærer at det arbeides planmessig, med tydelighet rundt hva som kan oppnås og hvordan det kan gjøres. Sosialarbeideren forsøker sammen med brukeren å løse eller å finne bedre måter å håndtere problemer på (Kleppe, 2015, s. 134). Ved å ta tak i og gjøre noe målrettet med en situasjon eller et problem kan sosialarbeideren sammen med brukeren medvirke til å forebygge, endre eller forbedre livssituasjonen til vedkommende (Hutchinson & Oltedal, 2003, s. 13). For å systematisere arbeidet går man ofte gjennom en arbeidsprosess. Arbeidsprosessen presenteres i en rekke litteratur som omhandler sosialt arbeid. Hutchinson og Oltedal (2003, s. 13) skriver at sosialt arbeid kjennetegnes av systematikk, og at samhandling, mål og problem er sentrale deler av en systematisk arbeidsprosess. Kleppe (2015, s. 134) refererer blant annet til Kokkinn (2005), som igjen henter sin informasjon fra Askeland (1994). Askeland har gjennomgått ulik litteratur som tar for seg arbeidsprosessen og skriver i sin bok om hvordan prosessen beskrives av ulike forfattere (Askeland, 1994, s. 30-33). Askeland selv deler arbeidsprosessen inn i to prosesser. Det er samhandlingsprosessen og problemløsningsprosessen. Samhandlingsprosessen handler om kontaktetablering og relasjonen mellom klient og hjelper. Problemløsningsprosessen dreier seg om arbeidet med å løse/bedre et problem (Askeland, 1994, s. 30). I figuren under illustreres arbeidsprosessen i sosialt arbeid. Problemløsningsprosessen er delt inn i seks faser og illustrert innerst i sirkelen. Samhandlingsprosessen er delt inn i tre faser og illustrert ytterst. Prosessene og fasene er tett vevd sammen og foregår ikke nødvendigvis alltid i den rekkefølgen modellen viser (Askeland, 1994, s. 30). I systematisk sosialt arbeid utgjør arbeidsprosessen en ramme for arbeidet, og uavhengig av hvor man jobber som sosialarbeider og hvilke utfordringer man står ovenfor, så vil det være en prosess man kan ta i bruk eller gjenkjenne i arbeidet (Kleppe, 2015, s. 134).



Figur 1. Arbeidsprosessen. Hentet fra Askeland (1994, s. 29).

Sosialt arbeid er et relasjonelt fag (Levin & Ellingsen, 2015, s. 112). Relasjonen mellom de involverte partene kan derfor sies å være av betydning også når det gjelder å få til systematikk i det sosiale arbeidet. Dette fremgår også av samhandlingsprosessen til Askeland (1994). Ettersom individuelt sosialt arbeid foregår i samhandling mellom klient og hjelper vil relasjonen mellom disse være av betydning. I tillegg arbeides det med brukers relasjon til sine omgivelser. Levin og Ellingsen (2015, s. 112-116) beskriver hvordan relasjoner er noe man jobber i, med og gjennom. Å arbeide i relasjoner handler om at vi alltid inngår i relasjoner og når sosialarbeideren utøver sosialt arbeid så vil det stort sett foregå i en relasjonell sammenheng. Å arbeide med relasjoner innebærer at man som sosialarbeider arbeider med menneskers relasjoner til andre personer, nettverk og omgivelser, altså relasjoner mellom mennesker og samfunn. Arbeid gjennom relasjoner innebærer hvordan samhandlingen mellom sosialarbeider og klient er av betydning for det sosiale arbeidet. For å få til endring kan tillit og en trygg relasjon være av betydning (Levin og Ellingsen, 2015, s. 115). I en profesjonell samhandlingsprosess er det å etablere tillit, samt å avdekke, skape og vedlikeholde motivasjon og engasjement til å gjøre endringsarbeid viktig for å få til en endring (Askeland, 1994, s. 37). Relasjoner og samhandling kan dermed sies å være viktig for problemløsningsprosessen i en systematisk arbeidsprosess.

Problemløsningsprosessen kan bidra til systematikk i samhandlingssituasjoner, men å arbeide systematisk med problemløsning er tidkrevende (Askeland, 1994, s. 51) For at arbeidsprosessen skal være systematisk er det en fordel at fasene i problemløsningsprosessen følges etter tur og i ordnet rekkefølge. Sjansen for å nå målene øker dersom fasene følges nøye fordi det er en sammenheng mellom dem og arbeidet som blir lagt ned i en fase får betydning for den neste. Dersom det egentlige problemet ikke er blitt identifisert og definert så vil det være vanskelig å sette opp relevante mål og bestemme hvilke tiltak som er best egnet (Askeland, 1994, s. 43). Problemløsningsprosessen er en rasjonell og logisk framgangsmåte, men mennesker er ikke bare rasjonelle. I sosialt arbeid er derfor problemløsningsprosessen sirkulær og det er ikke nødvendigvis et formål å følge fasene slavisk. Fasene kan likevel være et utgangspunkt som bidra til oversikt og sørger for progresjon. Noen ganger oppstår ny forståelse og innsikt undervegs i arbeidsprosessen og dermed vil det være naturlig å eksempelvis gå tilbake og definere problemet på nytt. Andre ganger går man gjennom prosessen med fokus på et problem, for så å starte på nytt med fokus på et annet (Askeland, 1994, s. 46).

3.2 Brukermedvirkning

Et grunnleggende prinsipp i helse- og sosialfaglig arbeid er brukermedvirkning (Ellingsen & Skjefstad, 2015; Halvorsen et al., 2016). Brukermedvirkning vil si at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår vedkommende. Brukere har rett til å medvirke i egen sak, og som tjenesteutøver er man pliktet til å involvere brukeren (Helsedirektoratet, 2017). Rettigheten er lovfestet i flere lover man som sosialarbeider jobber etter, som for eksempel pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1. Brukermedvirkning handler i følge Halvorsen et al. (2016, s. 216) om å gi brukeren mest mulig kontroll over hjelpeprosessen gjennom aktiv deltakelse i problemdefinering, planleggingsprosessen og beslutningsprosessen. For å praktisere brukermedvirkning er det en forutsetning at sosialarbeideren er opptatt av å forstå brukerens perspektiv (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 107). I den nye utgaven av FO's yrkesetiske grunnlagsdokument (2019) nevnes ikke brukermedvirkning i et eget punkt, men etter en gjennomgang vil jeg likevel påstå at prinsippet gjennomsyrrer store deler av dokumentet. Til eksempel står det i dokumentet at "Gjennom dialog og tilrettelegging for medvirkning skal profesjonsutøveren bidra til å styrke den enkeltes mulighet til å leve i samsvar med egne verdier, muligheter og begrensninger"

(Fellesorganisasjonen, 2019, s. 4). Grunnlagsdokumentet består av forpliktende yrkesetiske retningslinjer og fellesverdier som gjelder for blant annet sosialarbeidere og derfor er det relevant når teori om brukermedvirkning som prinsipp i sosialt arbeid presenteres.

I litteraturen blir det ofte påpekt at det eksisterer ulike grader av brukermedvirkning og flere teoretikere har laget modeller som viser dette. En av dem er Arnstein (1969) som laget en stige der ulike trinn illustrerer ulike grader av medvirkning. Nederst på stigen er manipulasjon og terapi som blir kategorisert til å være trinn der brukermedvirkning ikke er til stede. I trinnene over er informasjon, konsultasjon og rådgivning. På disse trinnene har brukeren en viss grad av innflytelse. De tre øverste trinnene er partnerskap, delegert makt og borgerstyring. Til lengre opp på stigen, til mer medvirkning og makt har brukeren (Arnstein, 1969). En annen teoretiker som det refereres til i litteraturen er sosiologen Peyrot (Ellingsen & Skjefstad, 2015; Rønning & Solheim, 2000; Humerfelt, 2012) Jeg lyktes ikke i å finne frem til relevant originalverk av vedkommende, men i følge Rønningen og Solheim (2000, s. 41) mente Peyrot at graden av brukermedvirkning ble bestemt av hvorvidt brukeren hadde eiendomsrett over egne problemer. Brukeren kan eie egne problemer ved å bestemme om et problem eksisterer, definere hva problemet er, avgjøre om det skal gjøres noe med problemet, velge mellom ulike former for hjelp og å initiere, vedlikeholde eller avslutte kontakten. Hvorvidt brukeren bestemmer eller har innflytelse over disse punktene kan være med på å si noe om graden av brukermedvirkning.

3.3 Overordnede funn fra forskning om individuell plan

Etter at IP-ordningen kom så har den blitt evaluert, studert og forsket på. Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesø og Brender (2011) kom i sin studie frem til at det finnes færre individuelle planer i norske kommuner enn hva de forventede behovene skulle tilsi. I studien ble det forventet at 3 % av befolkningen skulle ha en individuell plan. Resultatene viste derimot at kun 0,5 % av befolkningen hadde IP. Studien konkluderer med at de nasjonale målene med innføring av individuell plan ikke var tilstrekkelig oppnådd (Bjerkan et al., 2011). At individuell plan ikke fungerer slik det var tenkt og at målene med ordningen ikke er tilstrekkelig nådd går igjen i litteratur som omhandler IP. I en rapport som oppsummerer funn fra flere tilsyn av tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser er et gjennomgående funn at arbeidet med individuell plan ikke ivaretas godt nok og at verktøyet ikke tas i bruk etter intensjonen til tross for at mange av pasientene hadde behov for et helhetlig og samordnet

tjenestetilbud (Helsetilsynet, 2007). Kjellevold (2016) hevder at til tross for at IP anerkjennes som et viktig og nyttig verktøy i offentlige dokumenter, så er det fremdeles en vei å gå før systematisk bruk av IP er gjennomført i praksis. Berven, Ludvigsen, Christensen og Nilssen (2013) fant gjennom sin studie ut at mange kommuner ikke har oversikt over behovet for individuelle planer. Kommunene ser på IP som et verktøy som kan bidra til samordning, men peker på at verktøyet er ressurskrevende. Svak legitimitet, svak koordinering, lite reel gjennomslagskraft og mye merarbeid blir pekt på som organisatoriske hindringer ved ordningen (Berven et al. 2013). Når det gjelder brukermedvirkning og involvering av brukeren i arbeidet med individuell plan er funn fra forskning litt varierende. Humerfelt (2012) fant i sin studie at helse- og sosialarbeidere lyktes med å legge til rette for brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. Holum (2010) fant imidlertid at IP fungerte som et hensiktsmessig verktøy for brukermedvirkning i bare en av fire saker.

Flere av studiene som omhandler individuell plan retter et fokuset mot koordinatorrollen og koordinatoren blir pekt på å være en viktig del av IP-ordningen. I følge Breimo, Normann, Sandvin og Thommesen (2015) er koordinatoren avgjørende for brukerens erfaringer med IP-arbeidet og nytten av det. Til tross for at koordinatoren anses som en viktig brikke i arbeidet, så peker forskningen også på utfordringer ved rollen. I en rapport fra Helsedirektoratet kommer det frem at tilbakemeldinger fra praksisfeltet sier at koordinatorrollen trenger å løftes frem for å forbedre IP-ordningen (Bakke, 2009).

4.0 Drøfting

Flere av forskningsfunnene indikerer at IP ikke fungerer etter intensjonen og ordningen ikke oppnår målene til helsedirektoratet tilstrekkelig. Etter å ha lest forskningen sitter jeg likevel igjen med et inntrykk av at mange i utgangspunktet er positive til og har troen på IP-ordningen. I forskningen blir det pekt på utfordringer ved ordningen i tillegg til momenter som er av betydning for å lykkes med IP-arbeid. Videre i oppgaven vil jeg drøfte problemstillingen: *Under hvilke forutsetninger kan individuell plan være et nyttig verktøy i individuelt sosialt arbeid?* Fokuset i drøftingen vil være på forutsetninger som har betydning for systematikk og brukermedvirkning. Først vil drøftingen omhandle individuell plan som systematisk verktøy i individuelt sosialt arbeid. Deretter vil drøftingen omhandle brukermedvirkning. Til slutt kommer en del som omhandler koordinatorrollen. Dette får en

egen del fordi koordinatoren og brukerens relasjon til vedkommende blir pekt på å være en viktig del av IP-ordningen. Koordinatoren er av betydning både når det gjelder systematikk og involvering av brukeren.

4.1 Individuell plan som systematisk verktøy i individuelt sosialt arbeid

Bruk av individuell plan er relevant i sosialt arbeid på individnivå fordi det er et verktøy som tas i bruk i arbeid med enkeltmennesker for å forsøke å forbedre deres situasjon. Fokuset i en individuell plan er som det fremgår av navnet på en enkelt person, og vedkommende sine ressurser og mål (Kjellevold, 2013, s. 12). I likhet med teori knyttet til individuelt sosialt arbeid vil arbeid med individuell plan være et samarbeid mellom bruker og tjenesteytere der formålet er å forbedre brukerens situasjon gjennom samhandling og mobilisering av ressurser.

Å ta i bruk IP er også en måte å arbeide systematisk på. Av helsedirektoratets mål kan det å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, samt å styrke samhandlingen mellom involverte parter være elementer som handler om systematikk. I forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011, § 19) fremgår det hva en individuell plan skal inneholde. Blant punktene står det blant annet at en IP skal inneholde oversikt over brukerens mål, ressurser og behov for tjenester. Det skal også fremgå hvem som deltar, hva de ulike skal bidra med i planarbeidet, beskrivelse av tiltak som skal gjennomføres, hvem som er ansvarlige for tiltakene, samt en angivelig tidsplan for planperioden. Å arbeide systematisk i sosialfaglig arbeid handler jf. presentert teori om nettopp det å arbeide planmessig og målrettet i tillegg til å ha tydelighet rundt hvem som har ansvar for hva (Kleppe, 2015; Hutchinson & Oltedal, 2003). Ved å se formuleringer av hva en IP skal inneholde i sammenheng med teori som omhandler systematisk sosialfaglig arbeid så kan det altså sies at IP er et verktøy som tar sikte på å systematisere arbeidet.

Mangel på systematikk var en av utfordringene IP-ordningen skulle bidra til å løse (St.meld.nr.21 (1998-99)). Til tross for at ordningen har eksistert i flere år finner Kjellevold (2016) at det fremdeles er en vei å gå før systematisk bruk av individuell plan er gjennomført i praksis. For å forstå hvordan individuell plan kan bidra til systematikk kan det være nyttig å se planarbeidet i sammenheng med arbeidsprosessen som ble presentert i teoridelen. På denne måten kan samtidig utfordringer når det gjelder å oppnå systematikk pekes på. Arbeid med IP passer inn i den beskrevne arbeidsprosessen, og i utarbeidelse og oppfølging av den

individuelle planen vil både samhandlingsprosessen og problemløsningsprosessen med sine tilhørende faser være aktuell. I Askeland sin modell inneholder problemløsningsprosessen fasene problemdefinering, kartlegging, analyse, planlegging, iverksetting og evaluering (Askeland, 1994, s. 29). Til sammenligning innebærer arbeid med IP flere av disse momentene. Definerings av problemer skal ikke være det mest fremtredende i IP-arbeid, men det må naturligvis foreligge en situasjon der brukeren har behov for et langvarig og koordinert tjenestetilbud for at IP kan være aktuelt. Kartlegging av ressurser, mål og behov for tjenester, planlegging av tiltak og delmål, samt hvem som har ansvar for hva, iverksettelse og tidspunkt for evaluering er alle momenter som vil være aktuelle i en IP-prosess (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Samhandlingsprosessen som beskrevet i modellen kan sies å være aktuell i IP-arbeid fordi det å bidra til økt samhandling mellom de involverte partene er et av formålene med IP. I tillegg viser forskningsfunn at relasjonen mellom bruker og koordinator vektlegges som betydningsfull (Breimo et al, 2015). I likhet med samhandlingsprosessen i modellen til Askeland (1994) vil det i oppstarten av en IP prosess være viktig med kontaktetablering og fokus på å bygge opp tillit. I arbeidsfase vil fokus på oppfølging, koordinering og krav om innsats fra de ulike partene være av betydning.

Systematisk sosialt arbeid der det tas sikte på å følge en strukturert arbeidsprosess steg for steg kan nok til tross for gode intensjoner være utfordrende. For det første innebærer arbeidet med IP samarbeid mellom flere mennesker. Både en bruker/pasient og flere tjenesteutøvere vil være involvert når det skal arbeides med IP. I enkelte tilfeller bidrar også pårørende. At flere tjenesteutøvere er involvert er i utgangspunktet en fin ting nettopp fordi brukere med rett på IP har behov for et helhetlig tjenestetilbud der det er nødvendig med oppfølging fra ulike helse- og omsorgstjenester. Det kan imidlertid også være utfordringer knyttet til det å samarbeide på tvers av tjenester. Gravrok, Andreassen og Myller (2008) fant i sin studie at involverte tjenesteutøvere manglet felles referanserammer for hva arbeid med IP innebærer. Dette ble pekt på som et hinder for IP-arbeid og stemmer overens med funn fra en annen studie. Humerfelt (2012) fant nemlig også at det å utvikle en felles forståelse av IP som styringsredskap for mål og tiltak, viste seg å være komplisert innenfor brukernes ansvarsgrupper. De ulike etatenes fokus, regler og behandlingsprogrammer ble pekt på som en årsak. Manglende felles forståelse fikk konsekvenser for brukernes mulighet til å medvirke og påvirket brukernes forventninger til at IP skulle bidra til å forbedre deres situasjon (Humerfelt, 2012). Ulik forståelse og forskjellige rutiner kan altså være et hinder for arbeid med individuell plan. For å kunne arbeide systematisk og ta i bruk IP som en prosess fremfor

et dokument kan det være en fordel at de involverte partene har en tilnærmet felles forståelse av hva IP er og hvordan arbeidet bør legges opp. Det vil nok kunne gjøre prosessen enklere og muligens øke sjansen for at formålene med IP oppnås. Til tross for at forskning peker på at manglende felles referanserammer er et hinder, så kan det tenkes at det også kan være positivt at ulike tjenesteutøvere har ulike erfaringer med bruk av IP. Dersom de gode og dårlige erfaringene deles og evalueres så kan det bidra til å øke forståelsen av hvordan IP kan tas i bruk som et systematisk verktøy og på sikt dermed forbedre ordningen i praksis. Forskingen peker imidlertid likevel på at en forutsetning for nytten av planarbeidet kan være større grad av felles forståelse av hva arbeid med IP innebærer. For å få til dette foreslår Gravrok et al. (2008) at ledere må legge til rette for kompetanseutvikling av ansatte og faglig veiledning. I tillegg er større fokus på et gjensidig forpliktende samarbeid mellom de ulike delene av tjenesteapparatet av betydning. God kommunikasjon mellom ansatte i ulike tjenester, som eksempelvis psykisk helsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten, er en forutsetning for å få til en god IP-prosess (Gravrok et al., 2008).

For det andre peker flere forskningsfunn på at arbeid med IP er tidkrevende og at mangel på ressurser er en utfordring. I rapporten til Berven et al. (2013, s. 45) oppsummeres det blant annet med at ”Individuell plan er et ressurskrevende verktøy, og det er vanskelig å involvere aktuelle tjenester”. En systematisk arbeidsprosess som innebærer samarbeid mellom flere parter kan være tidkrevende, og en forutsetning for å lykkes er gjerne at involverte tjenesteutøverne prioriterer arbeidet og stiller opp på ansvarsgruppemøter. Mangel på tid blir imidlertid pekt på som en utfordring for tjenesteutøverne (Holum, 2012a). I en rapport fra helsedirektoratet kommer det frem at anbefalinger fra praksisfeltet tilsier at for å lykkes med IP-ordningen så må det settes av nok tid til at koordinatorene kan gjøre IP-arbeid ordentlig. Det er tidkrevende å sette seg inn i hvordan arbeidet skal gjøres og å bygge opp en relasjon til brukeren. Dersom det settes av tilstrekkelig tid til dette i tillegg til at det etableres fungerende samarbeid med en klar ansvarfordeling der brukeren føler seg ivaretatt, så meldes det om at tidsbruken etter hvert går ned (Bakke, 2009). At koordinatoren har tilstrekkelig med tid til å gjøre en god jobb blir altså pekt på som en forutsetning for å lykkes. Samtidig vil også de andre tjenesteutøverenes tid være av betydning. Et helhetlig og samordnet tilbud krever at alle involverte parter deltar i planarbeidet. Dersom enkelte helse- og sosialarbeidere ikke prioriterer å delta på ansvarsgruppemøter kan det få følger for kontinuiteten av IP-arbeidet (Humerfelt, 2012, s. 201). At alle som er involvert i arbeidet deltar og gjør sin del av jobben er altså av betydning. Likevel er det forståelig at noen ganger kan det være vanskelig å få

tidspunkter og avtaler til å klaffe i alles kalender. Det viktigste på sikt er kanskje opplevelsen de involverte sitter med knyttet til de andre deltakernes engasjement. Dersom deltakerne i ansvarsgruppen opplever at alle som er involvert bidrar og prioriterer arbeidet så langt det lar seg gjøre, så vil nok det være betydningsfullt. Hvorvidt det er mulig å få til et slikt ideelt samarbeidsklima i praksis er en annen sak. En forutsetning for å få til en systematisk og nyttig IP-prosess vil altså være at de involverte tjenesteutøverne har tid og mulighet til å prioritere arbeidet. Dette er en forutsetning som henger sammen med ressurser i helse- og omsorgstjenestene.

Et annet moment som blir pekt på som betydningsfullt i arbeidet med individuell plan er at verktøyet benyttes som en prosess og ikke bare som et dokument (Breimo et al., 2015). Dette samsvarer med ideen om at systematisk sosialt arbeid kjennetegnes av planmessighet og at en arbeidsprosess utgjør rammen for arbeidet. Planen er i seg selv i følge Breimo et al. (2015, s. 100) ikke annet enn et dødt skjema. Den får imidlertid sin styrke og betydning gjennom prosessen med utarbeidelse og oppfølging av planen. Ut fra dette kan det altså sies at planleggingen og det kontinuerlig arbeid er betydningsfullt. En måte å gjøre planen levende på, og dermed skape en prosess, er å benytte planen som dagsorden i ansvarsgruppemøter (Humerfelt, 2012). I tilfeller der IP ble brukt aktivt på møtene ble det skapt en bedre oversikt over mål, tiltak og ansvarsfordeling, i tillegg til at både brukeren og tjenesteutøverne fikk et aktivt forhold til planen. Bruk av IP på denne måten førte til mer systematisk arbeid (Humerfelt, 2012, s. 207-208). At planen skal være et dynamisk verktøy og oppdateres kontinuerlig blir også nevnt i veilederen som omhandler IP (Helsedirektoratet, 2015). Det paradoksale er imidlertid at flere studier påpeker at arbeid med IP oppleves som en byråkratisk pålagt administrativ oppgave (Berven et al, 2013; Holum, 2012) ”Myndighetene teller planer og ikke nødvendigvis kvaliteten av dem” nevnes av en av Holums intervjuobjekter som demotiverende og problematisk når det kommer til iverksetting av individuelle planer (Holum, 2012a, s. 7). Det kan altså tyde på at praksisfeltet opplever at de blir målt på hvor mange av brukerne eller pasientene som har IP, uten at kvaliteten og prosessen rundt IP blir ilagt fokus. Ettersom IP-arbeid i tillegg er blitt beskrevet som tid- og ressurskrevende kan det da tenkes at motivasjonen for å ta i bruk IP som en prosess svikter. Likevel er det forståelig at myndighetene måler antallet planer, og at det er vanskeligere å måle kvaliteten av dem. For at planarbeidet skal være systematisk vil det imidlertid være en forutsetning at planen arbeides med kontinuerlig og ikke arkiveres som et dokument. Å bevege seg mellom ulike faser bidrar som det fremgår av teorien til kontinuitet i en

problemløsningsprosess (Askeland, 1994). Dersom planen ikke arbeides med kontinuerlig og som en prosess kan det tenkes at målene og hvordan de kan nås blir mer perifere. Noen av de mest sentrale elementene i systematisk sosialt arbeid faller da bort.

4.2 Brukermedvirkning – et mål og en forutsetning i arbeid med individuell plan

Å sikre at pasienter og brukere får mulighet til å medvirke og ha innflytelse er et av formålene med individuell plan (Helsedirektoratet, 2015). I tillegg viser forskning at et av de viktigste momentene for å lykkes med IP-arbeid er at brukeren opplever seg sett, hørt og verdsatt (Bakke, 2009). Brukermedvirkning kan dermed sies å være både et av målene med IP og en forutsetning for at IP skal være et nyttig verktøy i individuelt sosialt arbeid.

Reel brukermedvirkning er i følge Gravrok et al. (2008, s. 77) en faktor som kan styrke IP-arbeidet. Hva som er reel og tilstrekkelig medvirkning kan imidlertid diskuteres. Funn fra Breimo et al. (2015) viser at det er ulikt hva koordinatorene legger i begrepet brukermedvirkning og at det var stor variasjon i hvorvidt brukerne var delaktige i IP-prosessen. Holum (2012b) fant at det å ta aktiv del i prosessen og å formulere egne mål var en viktig forutsetning for brukernes opplevelsen av å ha medvirket. Til sammenligning fant Humerfelt (2012) i sin studie at jo mer brukerne opplevde å medvirke, til mer eierforhold fikk de til planen, og den bidro da til å gi fremtidshåp. I teoridelen ble Arnsteins stige med ulike grader av medvirkning presentert og ut fra den er både det å få informasjon og det at brukeren har styringen medvirkning (Arnstein, 1969). Det kan imidlertid diskuteres hvorvidt det å få informasjon er å medvirke. Et godt utgangspunkt for brukermedvirkning i arbeid med individuell plan kan i samsvar med Peyrots faktorer være at brukeren er delaktig i å definere om det eksisterer et problem, hvorvidt det skal gjøres noe med problemet og hva som kan være nyttig å gjøre. Dette kan bidra til at brukeren opplever å eie egne problemer (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 109). Humerfelt (2012) fant i sin studie at helse- og sosialarbeidere lyktes med å legge til rette for brukermedvirkning i form av at brukerne var delaktige i å beskrive sin livssituasjon og var med på å bestemme hvilke mål og tiltak som skulle nedtegnes i planen. Holum (2010) fant til sammenligning at IP kun fungerte som et hensiktsmessig verktøy for brukermedvirkning i en av fire saker. Begge studiene er basert på intervjuer med både tjenesteutøvere og brukere. Studiene er imidlertid gjort med fokus på ulike grupper, som vil si henholdsvis rusmiddelavhengige og unge med omfattende psykiske lidelser. Det kan tenkes at hva som oppleveres som tilstrekkelig og reel medvirkning vil variere

fra person til person og at det henger sammen med den enkeltes subjektive forståelse av hva brukermedvirkning er. Dette gjelder både med tanke på brukere og tjenesteutøvere. For noen brukeren kan nok det å ha mest mulig kontroll og å gjerne lede ansvarsgruppemøtene gi en opplevelse av å være i førersetet og dermed ha stor grad av brukermedvirkning. Dette er det Arnstein (1969) kaller brukerstyring. For andre kan det tenkes at en slik grad av medvirkning vil være alt for overveldende og det vil kunne bidra til at de føler seg overlatt til seg selv. Hva som er tilstrekkelig og reel medvirkning vil altså kunne variere, men at brukeren deltar aktivt og får et eierforhold til planen ser ut til å være en forutsetning for nytten av IP-arbeid.

Ulike faktorer er av betydning for hvorvidt IP bidrar til brukermedvirkning. For at brukeren skal kunne ha innflytelse og medvirkning er det en forutsetning at tjenesteutøverne legger til rette for det (Holum, 2010). Humerfelt (2012) fant at tjenesteutøverens tilnærming hadde betydning for hvorvidt brukerne opplevde at de fikk medvirke. Dersom tjenesteutøverne inntok en ekspertrolle bidro det til å hemme brukermedvirkning. Samarbeid som var preget av at tjenesteutøveren hadde en mer relasjonelt orientert tilnærming der brukerne ble anerkjent som eksperter på eget liv fremmet brukermedvirkning. Studien til Holum (2010) viser at en tilfredsstillende opplevelse av brukermedvirkning henger sammen med at bruker og koordinator/tjenesteytere samarbeider godt, respekterer hverandre og har en felles forståelse av brukerens ressurser og behov for hjelp. Disse funnene poengterer viktigheten av relasjonen mellom koordinatoren og brukeren, og underbygger dermed hvorfor samhandlingsprosessen er aktuell i arbeid med IP. For å få til reel medvirkning er gode relasjoner mellom bruker og involverte tjenesteutøvere preget av tillit og trygghet viktig (Gravrok et al, 2008, s. 77).

En annen faktor som kan være av betydning for brukermedvirkningen i IP-arbeid er brukerens lyst, evne og forutsetninger for å medvirke. I følge Holum (2012b) var det de pasientene som ville ha hjelp, var samarbeidsvillige og hadde ressurser til å delta som hadde best erfaring med IP. Brukernes forutsetninger for å kunne medvirke kan variere og ulike brukere har forskjellige ressurser som vil være av betydning for deres deltakelse. En bruker med gode skriftlige og muntlige kommunikasjonsferdigheter som våger å fremme sine meninger kan eksempelvis tenkes å ha større forutsetninger for å oppnå tilfredsstillende medvirkning. Holum (2010) fant at det som kjennetegnet de sakene hvor brukeren opplevde å ha tilstrekkelig medvirkning var at hjelpebehovet var avklart og det var klarhet rundt hvilke instanser brukeren hørte til. I saker der IP ikke fungerte som et hensiktsmessig verktøy for brukermedvirkning gikk det igjen at brukerens situasjon var kompleks og uavklart.

Ansvarsfordelingen og samhandlingen var uklar på grunn av uavklarte og komplekse tilstander og dermed ble også målet om brukermedvirkning i mindre grad oppnådd. Selv om brukeres ulike forutsetninger kan være av betydning for graden av brukermedvirkning, så er det likevel viktig å poengtere at det ikke er brukeren som fullt ut er ansvarlig for egen medvirkning. Helse- og sosialarbeidere må legge til rette for at medvirkning kan finne sted ut fra de forutsetningene brukeren har. Et kritisk blikk på Holums funn kan rettes ved å stille seg spørsmål om hvem det er som har bestemt og definert hva det vil si å ville ha hjelp, være samarbeidsvillige og å ha ressurser?

Systemene man som sosialarbeider jobber under er også med på å legge føringer for i hvor stor grad det kan bli lagt til rette for brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. Noen ganger vil organisatoriske forhold og rettslige rammer sette begrensninger for brukermedvirkningen (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 110). Eksempelvis fant Humerfelt (2012) at dersom tjenester hadde en kontrollfunksjon så kunne det komme i konflikt med brukermedvirkningen. Maktforholdet mellom bruker og tjenesteutøver ble da en utfordring som var av betydning for hvorvidt brukeren opplevde å ha reelle medvirkningsmuligheter i IP-arbeidet. Det vil i de fleste relasjoner mellom klient og hjelper være en ujevn maktfordeling, og hjelperen har gjerne makt over goder eller ressurser. Denne makten kan komme i konflikt med brukermedvirkningen og hvorvidt den er reell, spesielt dersom det er uenighet knyttet til hva som er problemet og hvordan det skal løses (Halvorsen et al., 2016, s. 219). At involverte fagpersoner er bevisst på sin maktposisjon er i følge Gravrok et al. (2008, s. 77) av betydning for brukernes mulighet til reel medvirkning i IP-arbeidet.

4.3 Særlig om koordinatorens rolle

Funn fra forskning viser at koordinatoren er av stor betydning for IP-arbeidet. Breimo et al. (2015) fant gjennom sitt forskningsprosjekt ut at brukere og pårørende opplevde at koordinatoren var det viktigste ved IP-ordningen. Selve planen ble også pekt på å være av betydning, men å få en koordinator som gjerne fungerte som en los i det offentlige hjelpeapparatet var vesentlig. Koordinatoren var en viktig brikke for å få til en fungerende IP-prosess. Tillit, tilgjengelighet, oppfølging og engasjement var faktorer som var av betydning for hvorvidt brukerne var fornøyd med koordinatoren sin (Breimo et al., 2015). At koordinatoren blir pekt på å være av stor betydning kan sees i sammenheng med samhandlingsprosessen og betydningen av relasjoner i sosialt arbeid. I metoder innen

individuell sosialt arbeid er ofte fokuset på samhandlingen mellom brukeren og sosialarbeideren og det arbeides med å håndtere vanskelige situasjoner gjennom å prøve å komme frem til mulige måter å løse eller forbedre situasjonen på (Kleppe, 2015, s.135). Ved bruk av individuell plan vil denne måten å arbeide på være sentral og relasjonen mellom bruker og koordinator vil dermed være av betydning. Sett i sammenheng med teori knyttet til å arbeide *i, med* og *gjennom* relasjoner kan arbeid med individuell plan innebære alle disse. De ulike deltakerne inngår *i* relasjon med hverandre, og arbeidet kan innebærer å forbedre brukerens relasjon *med* sine omgivelser. For å forbedre situasjonen arbeides det *gjennom* relasjonen til brukeren.

Koordinatoren kan sies å ha en viktig rolle både når det kommer til å systematisere arbeidet og når det gjelder å legge til rette for brukermedvirkning. Koordinatorens oppgave innebærer å være en kontaktperson og et bindeledd mellom brukeren og tjenesteapparatet (Kjellevold, 2013, s. 90). Derfor er koordinatoren en viktig brikke i både systematiseringen av arbeidet og det å sikre at brukeren får medvirke. Det er imidlertid utfordringer knyttet til rollen. Basert på koordinators erfaringer med IP-ordningen finner Breimo et al. (2015) at rollen som koordinator rommer to ulike dimensjoner som kan komme i konflikt med hverandre. På den ene siden skal koordinatoren være engasjert, tilgjengelig og arbeide for brukerens sak. På den andre siden er koordinatoren en del av tjenesteapparatet og må forholde seg til arbeidsgivers rammer og egen profesjonelle rolle. I tillegg til at koordinatoren er en del av en tjeneste, så er gjerne de andre fagpersonene en del av andre systemer med tilhørende organisatoriske og juridiske rammer. Brukeren på sin side har en egen opplevelse av situasjonen sin, og gjerne en tanke om hvordan systemet kan, skal eller bør hjelpe. Koordinatorer opplever å komme i klem mellom brukernes forventninger og tjenesteapparatets evne til å innfri forventningene. Hvordan koordinatoren forholder seg til rollen sin og dilemmaene den bringer med seg vil være av betydning for IP-prosessen (Breimo et al. 2015).

I retningslinjene for individuell plan står det at personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester men som ikke ønsker IP likevel skal tilbys koordinator (Helsedirektoratet, 2015). Det kan tyde på at å ha en koordinator anerkjennes som viktig også på overordnet nivå. Til tross for dette er ikke koordinator regulert som en rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven. Helseforetakene og kommunene har en plikt til å oppnevne koordinator, men det er altså ikke en rettighet for pasienter og brukere på samme måte som individuell plan (Kjellevold, 2016). I tillegg er det i praksis ofte uklart hvem som skal ha

ansvar for å ta initiativ til og koordinere IP og yrkesutøvere mangler positive erfaringer med bruk av verktøyet (Holum, 2012a). Breimo et al. (2015) finner at mangel på rekruttering av koordinatorene er et problem og at det ser ut til å være de samme gruppene av tjenesteytere som oftest tar på seg rollen. Å være koordinator oppleves som en ekstraoppgave som kommer i tillegg til tjenesteyterens allerede eksisterende oppgaver uten at det gis noen kompensasjon for å ta på seg ansvaret (Breimo et al. 2015, s. 141). Til tross for at koordinatorrollen pekes på som avgjørende for hvorvidt IP-ordningen fungerer, så har altså ikke brukerne rett på koordinator og forskningsfunn kan antyde at det er en viss usikkerhet knyttet til det å koordinere IP-arbeid. Dette er en ulempe ettersom det kan se ut til at en velfungerende koordinator er en forutsetning for at arbeidet med IP skal være nyttig og bidra til systematikk og brukermedvirkning. For å forbedre IP-ordningen trenger koordinatorrollen i følge Bakke (2009) å løftes frem. Det kan gjøres ved at ledere tilrettelegger forholdene for koordinatorene slik at de får mulighet til å utføre oppgavene de er satt til på en tilfredsstillende måte. Det forutsetter imidlertid at lederne ha troen på IP som verktøy og ser nytten av at brukere får en koordinator.

5.0 Oppsummering

I denne litteraturstudien har fokuset vært rettet mot individuell plan som verktøy i individuelt sosialt arbeid. Oppgaven tar sikte på å besvare problemstillingen; *Under hvilke forutsetninger kan individuell plan være et nyttig verktøy i individuelt sosialt arbeid?* Fokuset har vært spesielt rettet mot forutsetninger som er av betydning for systematisk sosialt arbeid og brukermedvirkning. Som drøftingen har vist er det flere forutsetninger som er av betydning for hvorvidt IP er et nyttig verktøy. Når det gjelder systematisk sosialt arbeid er det en forutsetning at de involverte tjenesteyterne har en tilnærmet felles forståelse av hva IP-arbeid innebærer. En annen forutsetning er at det settes av tilstrekkelig med tid til arbeidet og at det er nok ressurser til å gjøre jobben tilfredsstillende. Dette er av betydning både for å få til en formålstjenlig samhandlingsprosess og problemløsningsprosess. For at individuell plan skal være et systematisk verktøy er det også en forutsetning at verktøyet blir tatt i bruk som en prosess fremfor å kun være et dokument som blir fylt ut og arkivert. Planleggingen, utarbeidelsen og den kontinuerlige oppfølgingen av arbeidet mot målene i planen er av betydning for nytten av IP. Å ta i bruk verktøyet som en prosess kan gjøres ved å eksempelvis ha planen som dagsorden på ansvarsgruppemøter.

Når det gjelder brukermedvirkning så er det at brukeren medvirker og får mest mulig eierskap til planen en forutsetning for nytten av IP-arbeidet. Hva som er tilstrekkelig og reel medvirkning kan variere og flere faktorer er av betydning for hvorvidt målet om brukermedvirkning nås. For å oppnå brukermedvirkning vil en god relasjon preget av tillit mellom bruker og koordinator være av betydning. I tillegg har koordinatorens tilnærming noe å si. En relasjonelt orientert tilnærming fremmer brukermedvirkning, mens en tilnærming preget av at koordinatoren innehar en ekspertrolle hemmer brukermedvirkning. At brukeren blir ansett som eksperten på sitt liv og sin situasjon kan være en forutsetning for hvorvidt reel medvirkning vil finne sted. Systemene helse- og sosialarbeidere jobber under kan også være av betydning for brukermedvirkningen. Noen ganger innehar hjelperen kontroll over goder, noe som kan komme i konflikt med brukerens opplevelse av reelle medvirkningsmuligheter. En forutsetning for brukermedvirkning er dermed at tjenesteutøverne er bevisst på sin maktposisjon.

Koordinatoren blir ansett som en viktig del av IP-ordningen og vedkommende er av betydning både for systematiseringen av arbeidet og for at det legges til rette for brukermedvirkning. Det kan sies at en koordinator som utfører rollen på en god måte er en forutsetning for nytten av arbeid med individuell plan i individuelt sosialt arbeid. Faktorer som er av betydning er at brukeren og koordinatoren etablerer et godt samarbeid og en relasjon preget av tillit. Koordinatoren må være engasjert i brukerens sak, tilgjengelig for vedkommende og for de andre tjenesteutøverne, samt følge opp planarbeidet.

Det kan tenkes at også flere forutsetninger er av betydning for arbeidet med individuell plan. Oppgaven har tatt for seg forutsetninger som er av betydning for systematikk og brukermedvirkning. IP skal også bidra til et individuelt tilpasset, helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Systematikk og brukermedvirkning er av betydning for disse punktene, og det kan tenkes at mange av forutsetningene går inn i hverandre og i tillegg er av betydning for de andre punktene. Samtidig kan det hende at andre funn ville blitt gjort dersom oppgaven hadde fokusert på eksempelvis tverrfaglighet eller individuelt tilpassede tjenester. Oppgaven kan dermed være et bidrag til å svare på problemstillingen. Likevel kan nok andre avgrensninger bidra til funn av ytterligere forutsetninger som er av betydning for hvorvidt individuell plan kan være et nyttig verktøy i individuelt sosialt arbeid.

6.0 Litteraturliste

- Arbeid- og velferdsforvaltningsloven. (2006). Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (LOV-2006-06-16-20) Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2006-06-16-20>
- Askeland, G. A. (1994). *Studium og klientarbeid – same arbeidsprosess?* Oslo: Samlaget
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder og Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216-224. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01944366908977225>
- Bakke, T. (2009). *Jeg har en plan! Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan* (Helsedirektoratet rapport 1/2009).
- Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100>
- Berven, N., Ludvigsen, K., Christensen, D. A. & Nilssen, E. (2013). *Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunen*. Uni Rokkansenteret, rapport 2-2013. Hentet fra <http://bora.uib.no/handle/1956/9502>
- Bjerkan, J., Richter, M., Grimsmo, A., Hellesø, R. & Brender, J. (2011) Integrated care in Norway: The state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*, 11(1) uten s. Hentet fra <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.530/>
- Breimo, J. P., Normann, T., Sandvin, J. T. & Thommesen, H. . (2015) *Individuell plan – samspill og unoter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ellingsen, I. T. & Levin, I. (2015). Det sosiale i sosialt arbeid. I Kleppe, L. C (red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s.47-63). Oslo: Universitetsforlaget
- Ellingsen, I. T. & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I Kleppe, L. C (red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s.97-110). Oslo: Universitetsforlaget
- Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/13248471580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>

- Gravrok, Ø., Andreassen, M. & Myller, T. (2008) Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige? Skriftserie for *Nordnorsk Kompetansesenter – Rus* (2/2008).
- Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2016). *Innføring i helse og sosialpolitikk* (6 utg.). Oslo:Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2015, 3. desember 2018). *Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2017, 17. oktober). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsetilsynet (2007). *Tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser* (Helsetilsynet rapport 8/2007). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2007/helsetilsynetrapport8_2007.pdf/
- Holum, L. C. (2010). Individuell plan som verktøy for brukermidvirkning; en evaluering. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(4), 326-328. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagbulletin/2010/04/individuell-plan-som-verktoy-brukermedvirkning-en-evaluering>
- Holum, L. C. (2012a). "It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of 'Individual plan' in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care*. 12(1) u.s. Hentet fra <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.809/>
- Holum, L. C. (2012b). "Individual plan" in a user-oriented and empowering perspective: A qualitative study of "individual plans" in Norwegian mental health services. *Nordic Psychology*, 64(1), 44-57. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19012276.2012.693725>
- Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan – anerkjennelse og Krenkelse* (Doktoravhandling, NTNU). Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/267885>
- Hutchinson, G. S. & Oltedal, S. (2003). *Modeller i sosialt arbeid* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og*

- sosialfagene* (2 utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Kjellekvold, A. (2013) *Retten til individuell plan og koordinator* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kjellekvold, A. (2016). Individuell plan i helse- og omsorgstjenesten – behov for endringer og ansvarliggjøring? *Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og velferdsrett*, 11(4) 267-300 Hentet fra <https://juridika.no/tidsskrifter/tidsskrift-for-erstatningsrett-forsikringsrett-ogvelferdsrett/2014/4/artikkel/kjellekvold>
- Kleppe, L. C. (2015). Kunnskap i sosialt arbeid. I Kleppe, L. C (red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s.125-137). Oslo: Universitetsforlaget
- Kokkin, J. (2005). *Profesjonelt sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Levin, I. & Ellingsen, I.T. (2015) Relasjoner i sosialt arbeid I Kleppe, L. C (red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s.112-124). Oslo: Universitetsforlaget
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Rønning, R. & Solheim, L. J. (2000). *Hjelp på egne premisser?: om brukarmedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sosialtjenesteloven. (2009). Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (LOV-2009-12-18-131). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2009-12-18-131>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Love om spesialisthelsetjenesten m.m (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- St.meld.nr 21 (1998-99). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Helse- og sosialdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99/id431037/?ch=1>
- Turner, J. R. (2018). Literature Review. *Performance Improvement Quarterly*, 31(2), 113-117). Hentet fra <https://onlinelibrarywiley.com.galanga.hvl.no/doi/epdf/10.1002/piq.21275>