



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Koordinators rolle i arbeid med individuell plan/
Coordinators role in the implementation of individual
plan**

Lisbeth Sjoli

Totalt antall sider inkludert forsiden: 35

Molde, 31.5.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hans Petter Iversen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 30.5.2012

Antall ord: 7415

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt med individuell plan	3
1.2	Bakgrunn for valg av tema	4
1.3	Presentasjon av tema og problemstilling	5
1.4	Avgrensning	5
1.5	Begrepsavklaring	6
1.5.1	Bruker/tjenestemottaker	6
1.5.2	Ansvarsgruppe	6
1.5.3	Koordinatorrollen	7
1.5.4	Koordinerende enhet	8
2.0	Metode	9
2.1	Metoder for litteratursøk	9
2.2	Forforståelse	11
3.0	Teori	12
3.1	Individuell plan	12
3.2	Brukermedvirkning	13
3.3	Kommunikasjon	14
3.4	Planleggingsteori	16
3.4.1	Dialog som planleggingsteori	16
3.5	Organisasjonsteori	17
3.5.1	Koordinering/samordning	17
3.5.2	Vertikal samordning	18
3.5.3	Horisontal samordning	18
3.5.4	Organisasjonskultur	18
4.0	Drøfting	20
4.1	I hvilken grad kan fremtiden planlegges?	20
4.2	Kan tjenester samordnes med tanke på forvaltning og ulike forvaltningsorgan?	21
4.3	Hvor viktig er kommunikasjon?	23
4.4	Hvordan styrke koordinatorrollen?	24
5.0	Avslutning og oppsummering	26
5.1	Oppsummering	26
5.2	Konklusjon	26
5.3	Refleksjon	27
6.0	Litteraturliste	28

1.0 Innledning

Bacheloroppgaven er en del av en avsluttende eksamen i vernepleierstudiet. Jeg har valgt å se på hvordan koordinators rolle spiller inn på hvordan individuell plan blir utnyttet som arbeidsredskap.

I Stortingsmelding nr 25, Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (1996-97), og i Stortingsmelding nr 21, Ansvar og mestring – mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk (1998-99), påpekes det at tjenesteapparatet er for dårlig koordinert. Dette fører til at mottaker av tjenester og deres pårørende bruker mye tid på å få tilpassede tjenester. Stortinget ba i 1999 Helse og sosialdepartementet om å utarbeide lovverk og retningslinjer for bruk av individuell plan. Dette skulle bedre samordning og samarbeid av tjenester til enkeltpersoner med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Lovbestemmelsen om individuell plan trådte i kraft i 2001 og 2004, og ny felles forskrift om individuell plan for sosial og helse lovgivningen trådte i kraft 1.1.2005.

1.1.2012 trådte Samhandlingsreformen i kraft. Dette innebærer mye nytt og endret lovverk. Tidligere var lovgrunlaget til rett til individuell plan hjemlet Sosialtjenesteloven § 4-3a, pasientrettighetsloven § 2-5, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a. flere av disse lovene er fjernet eller endret, og rett til individuell plan er nå hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, første ledd, Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Med nytt lovverk kom også en ny forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1.12. Dette er en stor helsereform som omhandler forebygging og helsehjelp i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Reformen har vært varslet lenge. Lovverket som regulerer den ble vedtatt i juni, og forskriftene i desember 2011. Det førte til at kommunene og spesialisthelsetjenesten hadde kort tid på seg til å bli kjent med lovverket og gjøre forberedelser for mange nye og store oppgaver. Samhandlingsreformen har på ett vis satt press på kommunene og setter krav til arbeid med individuell plan og sier noe om viktigheten med samordning.

Samhandlingsutfordringene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vært erkjent i mange tiår.

Utfordringene har vært jobbet med hele tiden, og på mange områder har også samarbeidet vært bra. I NOU 2005:03 analyserte Wisløff- utvalget problemstillingen. Utredningen bidro til at mange aktører fikk forståelse av utfordringen, og er litt av bakgrunnen for at det ble inngått avtale mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om samarbeid av helsetjenester (St.meld. 47 2008-2009). Samhandlingsreformen skal utnytte ressursene bedre og sørge for at nødvendig hjelp blir gitt på det mest effektive nivået.

Kommunehelsetjenesten skal styrkes for å kunne tjene innbyggere bedre. Det forutsetter at samspillet mellom pasienten, fastlegene, kommunen og spesialisthelsetjenesten fungerer best mulig.

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes

1. ut fra et pasient- og brukerperspektiv,
2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,
3. samordnet, tverrfaglig og planmessig,
4. I en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng.

1.1 Hensikt med individuell plan

Individuell plan kan beskrives både som et verktøy og en prosess, der formålet først og fremst er at tjenestemottakeren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. En kan skape tilgjengelighet og støtte personenes omgivelser, ved å ha en opprydding og lage strategier for å utløse ressurser. Den individuelle planleggingen skal sikre at den nødvendige planleggingen blir gjort, og at samarbeid på tvers av sektor, etater og nivåer blir etablert. Dette for at tjenestemottaker skal få et helhetlig tilbud (Helsedirektoratet 2010).

Med dette tenker vi at dette er en plan som skal tilpasses den enkelte, dette er brukerens plan. IP er en samarbeidsmetode/ verktøy, der en har en prosess som fører til samarbeid og samhandlinger. Den er overordnet, men ikke en fagplan.

Alle mennesker som har bruk for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til på og få utarbeidet en individuellplan. Det skal utarbeides et helhetlig tilbud.

Retten til individuell plan er hjemlet i flere lover, se innledning.

Veileder (IS-1253) viser til at individuell plan ble innført for at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester skulle få et bedre tilbud.

”Både i Stortingsmelding nr 25(1996-97)*Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* og i Stortingsmelding nr 21(1998-99) *Ansvar og mestring - Mot en heilskaplig rehabiliteringspolitikk* påpekes det at tjenesteapparatet er for oppstykket og dårlig koordinert” (Helsedirektoratet 2010).

Tjenestemottakerne og deres pårørende måtte ofte bruke mye tid for å få et tjenestetilbud som var tilpasset den enkelte, ofte uten hell. Foreldre som hadde barn med nedsatt funksjonsevne erfarte at deres kompetanse ble lite vektlagt når løsninger ble diskutert. Tjenestene virket uoversiktlig, oppsplittet og kunne derfor være utilgjengelig. Stortinget ønsket å innføre et regelverk for å få et mer målrettet samarbeid og samordning av tjenestene for den enkelte tjenestemottaker. Målet var at de pårørende og tjenestemottakerne selv skulle slippe å koordinere tjenester og tiltak, koordineringen skulle

ligge hos tjenesteutøverne og tjenesteapparatet (Helsedirektoratet 2010). Hensikten med individuell plan er at behov og ressurser kartlegges. Tjenestemottaker skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. En person (koordinator) har ansvaret for å følge opp / ha oversikt over tjenestetilbudet. Det er viktig å være bevisst på å styrke samhandlingen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter og at tjenestemottakeren blir lyttet til, møtt med tillit, respekt og oppmuntring. Målet er at tjenestemottakeren skal få støtte og hjelp til å se sine muligheter, og at han får en opplevelse av trygghet og forutsigbarhet i møte med offentlige etater (Helsedirektoratet 2010).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Mitt valg av tema er og tatt på bakgrunn av at jeg arbeider i en bolig for funksjonshemmede og er koordinator for individuelle planer. Jeg ønsker å se nærmere på koordinatorrollen i forbindelse med individuell plan. Det å samle alle aktører i en plan kan og være en utfordring, da alle de involverte har mange oppgaver å utføre på mange plan.

Jeg mener temaet er viktig for vernepleiere, da vi er potensielle koordinatører for brukeres individuelle planer. I Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 sier loven at alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys en koordinator. Denne skal blant annet holde framdrift i individuell plan. Siden vernepleiestudiet legger stor vekt på blant annet begrepene brukermedvirkning, kommunikasjon, empowerment, respekt, medbestemmelse og individfokus mener jeg det er en viktig jobb for en vernepleier å ha en koordinatorrolle i kommunen. Jeg mener dette er sentralt i tiden siden det nå har kommet nytt helse- og sosialpolitisk lovverk og nye forskrifter.

1.3 Presentasjon av tema og problemstilling

Alle pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har krav på individuell plan og koordinator fra kommunene. Kommunene er og pliktig å ha en koordinerende enhet som har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Jeg har her en interesse av å se nærmere på koordinatorrollen, fordi denne trolig har en helt sentral funksjon og nøkkelrolle når det gjelder å få individuell plan til å fungere godt og effektivt. Fra da forskrift om individuell plan kom i 2001, kan det virke som at arbeid med dette har vært et område for fagutviklingsstudier. Kommunene arbeider med maler og prosedyrer for individuell plan, men planene stopper ofte opp når arbeidet skal settes i verk. Usikkerhet rundt koordinatorrollen ser ut til å være medvirkende til dette (Michaelsen, Vatne og Hollingen 2007).

På bakgrunn av dette blir min problemstilling:

På hvilken måte kan koordinator bidra til at individuell plan blir et godt redskap for samordning av tiltak og tjenester?

1.4 Avgrensning

Jeg vil i denne oppgaven se nærmere på om rollen som koordinator på individuell plan for mennesker med sammensatte og langvarige hjelpebehov vil kunne ha noen innvirkning på om dette blir et nyttig verktøy for god samhandling og gjennomføring av tjenester for brukeren. Jeg skal fokusere på kommunikasjon, planlegging, organisering/sammensetning av ansvarsgruppe, samordning og brukervedvirkning. Sider jeg ikke kommer til å si noe om i oppgaven er blant annet oppbygging av selve planen, forpliktende deltakelse, plan på nett eller på papir, og brukere eller pårørende som koordinator på individuell plan.

1.5 Begrepsavklaring

Jeg vil her forklare noen av begrepene jeg kommer til bruke i oppgaven.

1.5.1 Bruker/tjenestemottaker

Jeg bruker begrepene bruker og tjenestemottaker i oppgaven. Med disse begrepene mener jeg de som mottar tjenester fra kommunen. Jeg bruker de også som eiere av individuell plan.

1.5.2 Ansvarsgruppe

For barn, unge og voksne med sammensatte behov er det vanlig og i mange sammenhenger hensiktsmessig å etablere en ansvarsgruppe. Dette er kommunenes ansvar. Hensikten med en slik gruppe er at den skal være tverrfaglig sammensatt slik at den på best mulig måte skal kunne samordne enkelttiltakene til en enkelt bruker. En ansvarsgruppe kan være et godt utgangspunkt for utarbeidelse av individuell plan. Ansvarsgruppen bør under utarbeidelsen av planen samordne seg med ulike instanser som ikke er fast med i gruppen. Gruppen må være tverrfaglig sammensatt og aktuelle deltakere er de som bidrar med ressurser mot familie og bruker. Brukeren selv eller foreldre er viktige deltakere i ansvarsgruppen (NOU 2009:22). Ansvarsgrupper er ikke regulert i lovverket. En ansvarsgruppe er en arbeidsform der alle instanser som er involvert rundt en bruker møtes sammen med bruker og eventuelt pårørende, for å sikre at tjenestene ytes til beste for bruker. Formålet med å etablere ei ansvarsgruppe rundt en bruker er at tjenestetilbudet skal bli helhetlig, koordinert og målrettet. For at ei ansvarsgruppe skal fungere, er det viktig at gruppa har en definert leder, en koordinator. Det er lurt å definere koordinators rolle skriftlig og gjøre dette kjent for alle medlemmene i ansvarsgruppa slik at alle i gruppen vet hva som er koordinators oppgaver (NOU 2009:22).

1.5.3 Koordinatorrollen

Tjenestemottakeren har rett til å få tildelt en person som har hovedansvar for den individuelle planen. Dette er en profesjonsnøytral rolle, men det forutsetter at personene har god oversikt over brukerens rettigheter og hvordan tjenesteapparatet fungerer. Denne kalles en koordinator. Koordinator skal være den som har oversikten over det totale tilbudet sammen med brukeren. Han har ansvaret for å følge opp at alle parter utfører de oppgaver som er avtalt, til avtalt tid. Koordinator er den som alle de involverte instanser skal henvende seg til mellom møter, for å holde seg selv og bruker oppdatert på hvor man befinner seg i prosessen. Koordinatoren er helt sentral for at ei ansvarsgruppe skal fungere til beste for bruker. Det er viktig at koordinatoren holder tråden i at alle medlemmene gjør det de har lovt å gjøre, til rett tid. Det er også viktig at koordinator sammen med bruker og/eller pårørende vurderer hvem av medlemmene som skal innkalles til møter til enhver tid. Det er ikke sikkert at alle medlemmene skal møte på alle møtene. For eksempel innkaller man bare legen når det skal diskuteres saker som har med legens funksjon overfor pasienten. Det er viktig at de som kommer på møtet har en funksjon, ellers vil gruppa snart slutte å fungere. De øvrige medlemmene holdes orientert gjennom gode referater som koordinator sender ut til alle etter møtet. Det er en god regel at koordinator begynner hvert møte med å gjennomgå referatet fra forrige møte, for å sjekke ut at alle har gjort det dere ble enige om på forrige møte (Helsedirektoratet 2010).

1.5.4 Koordinerende enhet

Både kommuner og spesialisthelsetjeneste er pålagt å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Samhandling fremstår som en av hovedoppgavene til disse enhetene, og målet er å sikre koordinerte tjenester til de som trenger det. Kommunene skal ha en koordinerende enhet som skal sørge for at tjenestene til den enkelte ses i sammenheng. Det skal være kontinuitet i tiltakene. Koordinerende enhet skal bidra til at tjenesteyterne samarbeider og legger til rette for medvirkning av tjenestemottaker ved planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Dette er nedfelt i lov om helse og omsorgstjenester i kommunene.

2.0 Metode

Jeg har valgt en kvalitativ litteraturstudie i min bacheloroppgave.

Det er viktig å vise hvilken litteratur en har benyttet seg av, og hvorfor litteraturen er valgt. Mange skriver oppgaver uten å si noe om hvordan utvalget av litteratur er gjort, og han mener dette svekker oppgavens troverdighet (Dalland 2007).

2.1 Metoder for litteratursøk

Jeg har brukt mye pensumlitteratur fra Bachelorstudie i vernepleie fra Høgskolen i Molde. Dette er kvalitetssikret litteratur som er godkjent av høgskolen og påliteligheten er derfor høy. Men også annen selvvalgt litteratur er brukt. Dette er og litteratur med høy pålitelighet. Jeg har blant annet brukt biblioteket på høyskolen.

Når data i en undersøkelse sier noe viktig og treffsikkert om problemstillingen for undersøkelsen, har den høy gyldighet (validitet) (Aadland 2004:280).

Når data i en undersøkelse er til å stole på og ikke er preget av tilfeldighet, har den en høy grad av pålitelighet (reliabilitet) (Aadland 2004:281).

Jeg skriver en kvalitativ litteraturstudie hvor jeg benytter anerkjent litteratur og offentlige dokumenter. Jeg benytter alltid nyeste utgave av en bok, da den er mest aktuell. De offentlige dokumentene jeg har benyttet meg av er basert på forskning og lovverk. Det er alltid de nyeste lovene og forskriftene som blir benyttet.

Jeg har søkt på BIBSYS og BRAGE biblioteket.

Aktuelle søkeord har vært:

- Individuell plan
- Planlegging
- Brukermedvirkning
- Koordinator

Når jeg søkte på individuell plan og brukervedvirkning fikk jeg opp 87 treff, de aller fleste var uten interesse. Det kan godt være min mangel på søkekunnskaper, men jeg har hatt større nytte av å fysisk lete etter litteratur i bøker, tidsskrifter og aktuelle offentlige dokumenter. Jeg brukte ikke noe av det jeg fant på litteratursøket gjennom biblioteket på dette feltet. Jeg søkte senere i oppgaven på planleggingsteorier, og dette fikk jeg god bruk for. Jeg har brukt lite av litteraturen jeg fant i søkene, men jeg har funnet mye alternativ litteratur fra oppgaver og artikler jeg fant i søkene. Jeg har ikke foretatt noen internasjonale søk, da jeg viser mye til norsk lovverk og jeg tenker dette da blir en ganske norsk oppgave. Jeg har lett etter aktuell litteratur ved å lete opp den litteraturen andre relevante bøker har hatt i sine litteraturlister. Jeg har og lett i stikkordslister og innholdsfortegnelser i bøker etter aktuelle stikkord som planlegging, brukervedvirkning, kommunikasjon og koordinering. Noe av det jeg fant var relevant for meg i oppgaven, men minst like mye var lite relevant. Dette kan vel kalles for en snøballmetode, da nye ting kommer til hele tiden mens jeg leser aktuell litteratur.

Jeg har lest bacheloroppgaver fra andre studenter for å få et innblikk i hvordan de skal settes opp og hva som forventes i en slik oppgave. Jeg fikk tidlig bestemt meg for hvilken problemstilling jeg skulle gå for, og har derfor hatt relativt konkrete søk hele tiden.

Jeg har lest litteraturlister i pensumlitteratur og annen aktuell litteratur for å finne aktuelle bøker eller artikler jeg kan benytte meg av i oppgaven. Noe pensumlitteratur har blitt brukt mer enn annen. Eksempelvis Thommesen, Normann og Sandvins bok "Individuell plan, Et sesam sesam" har blitt brukt mye, da denne tar for seg brukerperspektivet gjennom hele boken og kommer med godt eksempler. Jeg har og brukt selvvalgt litteratur i form av blant annet planleggingsteori.

Jeg har i oppgaven også brukt mange offentlige dokumenter og lovverk, som NOU'er, Stortingsmeldinger, proposisjoner til stortinget og både utgått og vedtatt lovverk. Dette har gjort at mye av litteraturen jeg har vist til gjennom oppgaven er kvalitetssikret og veldig aktuell og relevant for temaet.

Siden jeg skriver om et dagsaktuelt tema med tanke på nytt lovverk har jeg også snakket med fagfolk for å la disse anbefale litteratur og vinklinger på oppgaven.

Grunnen til at jeg har valgt en litteraturstudie er at noe annet vil være for stort og krevende til en bacheloroppgave. Noe annet får heller vente til jeg eventuelt tar en mastergrad. Jeg har ledd etter litteratur som omhandler tema og emner jeg har fanget opp i eget yrkesliv.

2.2 Forforståelse

Når vi kommuniserer med andre er det viktig å lage en distinksjon mellom budskap og mening. Overføring av budskap er ikke det samme som overføring av mening eller betydning. Ting kan tolkes annerledes enn de var ment (Lorentzen 2003).

Min måte å tenke på kan skape min virkelighetsoppfatning og påvirke synet mitt på andre mennesker. Min forforståelse farger mitt syn på ting (Røkenes og Hanssen 2006). Jeg arbeider i en bolig for funksjonshemmede og har koordinatoransvar for planer i denne boligen. De utfordringene jeg støter på i arbeidet med disse planene kan være med å prege oppgaven jeg skriver. Jeg skal prøve å holde mine personlige erfaringer skilt bort fra oppgaven da jeg ønsker å finne ut om det er noe jeg som koordinator kan gjøre for å fremme samhandling rundt individuell plan på generelt grunnlag.

”Vi forstår andre på bakgrunn av våre egne erfaringer, følelser og tanker. F.eks. på bakgrunn av den kulturen vi er en del av. Dette kaller vi for-forståelse, det vil si den forståelsen vi bringer med oss til møtet med andre mennesker” (Røkenes og Hanssen 2006:12).

Jeg har visse forutsetninger for å skrive denne oppgaven basert på hvordan jeg arbeider i eget arbeid, og det er viktig å kunne se dette planarbeidet fra forskjellige vinkler uten å bare ta med sine egne erfaringer i dette.

3.0 Teori

Jeg vil i denne delen av oppgaven belyse en del teori jeg synes er relevant i forhold til min problemstilling i oppgaven.

3.1 Individuell plan

Individuell plan er en betegnelse på en plan som viser mål, behov og ressurser for mennesker med behov for langvarige koordinerte tjenester. En slik plan er ikke et mål i seg selv, men et redskap til å koordinere tilbudet til den enkelte pasient, klient eller bruker. Hensikten med planen er at den som har langvarige offentlige tjenester fra mange ulike instanser får et koordinert, helhetlig og individuelt tilpasset tilbud av tjenester. Planen skal også sikre at noen har ansvar for å følge opp planeieren. Planene skal og sikre at kartlegging av eiers behov og ressurser blir gjort og at de igangsatte tiltak dekker eiers behov. Planens hensikt er og å styrke samhandling mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og deres pårørende på tvers av forvaltningsnivå (Helsedirektoratet 2010).

Planeieren har rett til å delta i arbeidet med sin egen individuelle plan. Pårørende kan og delta om planeier ønsker dette. Langvarige tjenester betyr at planeier vil ha dette en stund fram i tid, men forskriften sier ikke noe om hvor lenge dette er. Planen skal beskrive hvilke behov brukeren har på ett bestemt tidspunkt og hvordan disse behovene skal møtes på best mulig måte. Planen skal se framover og ha langsiktige mål. Da ingen kan forutsi hjelpebehovene over tid vil dette dokumentet være i en dynamisk prosess. Planen skal bidra til å sikre kontinuerlig evaluering av mål og tiltak. En individuell plan er frivillig. Initiativ til utarbeidelse av plan kan komme fra brukeren selv. Alle tjenesteytere har plikt til å informere om retten til individuell plan. Det kreves ingen søknad for utarbeidelse av plan, og et vedtak om å gi eller ikke gi en individuell plan er et enkeltvedtak. Avslag på individuell plan kan dermed gi grunnlag for klage. Det kan og være grunnlag for klage om planen ikke oppfyller krav til innhold i forhold til forskrift eller ved manglende brukermedvirkning. Dette er brukerens plan (Helsedirektoratet 2010).

3.2 Brukermedvirkning

”de som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud”(St.meld. nr 34, 1996-97).

Brukermedvirkning vil si å sette brukerens behov i fokus. Dette gjelder særlig i forhold hvor brukeren er klient, pasient eller på en annen måte gjør seg nytte av offentlige tjenester, spesielt innen helse, sosial, arbeid og trygd. Dette innebærer at mottakere av tjenester og ytelser selv aktiv skal medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. Brukermedvirkning skjer når brukeren på individnivå og brukerorganisasjonene på systemnivå får delta i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av tiltak. Medvirkningen lar brukeren selv ta ansvar for eget liv og egne valg. Empowerment eller myndiggjøring er et nokså synonymt begrep til brukermedvirkning. Myndiggjøring betyr å gi brukeren makt over egen problemløsning og livssituasjon. Både sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven rettighetsfester brukermedvirkning som prinsipp (Lingås 2005).

”Å ha brukermedvirkning som målsetning i en hjelperelasjon, vil si å fokusere på samarbeidet om hjelpen. Siden brukeren og hjelperen eksisterer innenfor ulike livsverdener, forutsetter brukermedvirkning dialoger hvor en deler opplevelser og oppfatninger av brukerens situasjon”(Vatne 1998:70).

Makt er evnen til å kunne nå fram med sine meninger, om nødvendig mot andres vilje. Brukermedvirkning handler om å fordele makt. Brukeren skal selv ha innflytelse på egen hverdag. Noen har stor grad av brukermedvirkning og bestemmer det meste selv, mens andre kun får delta, kanskje uten noen reell medbestemmelse. Svært få mennesker med kognitive begrensninger er umyndiggjort. Det er store forskjeller i de personlige ressurser og den reelle graden av selvbestemmelse er situasjonsbetinget. Det kommer an på brukerens kommunikasjonsferdigheter og graden av kognitiv svikt. Hvilken type beslutning som skal tas vil også spille inn her (Linde og Nordlund 2006).

3.3 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet for ”å gjøre felles”; ”communicare”. Vi med-deler oss når vi kommuniserer med hverandre og deler meninger og opplevelser. Da skaper vi et opplevelsesfellesskap. Vi skal også reflektere over hvordan vi kommuniserer ovenfor forskjellige individer. Alle mennesker har en medfødt evne til å kommunisere. Vi utvikler denne evnen i samhandling med andre mennesker, først og fremst gjennom språket. Som fagpersoner må vi være i stand til å skape kontakt og etablere en relasjon til klienten/brukeren. Vi må også kunne vedlikeholde relasjonen og avslutte den på en god måte (Røkenes og Hansen 2006).

«Redusert evne til å kommunisere med andre vil frata en person grunnleggende muligheter til blant annet å påvirke sine omgivelser, og formidle og motta synspunkter fra andre. Avvikende adferd hos enkelte personer med utviklingshemming har i svært mange tilfeller en kommunikatív funksjon» (Gundersen og Moynahan 2006:32).

Røkenes og Hanssen (2006) sier det er viktig med samstemmighet mellom det verbale og det non-verbale budskapet. I en dialogisk modell snakker vi om graden av sammenfallende forståelse. Kommunikasjon mellom to personer ses som en handling hvor begge involverer seg i en tosidig forhandlingsprosess om mening, og i løpet av prosessen blir de mer eller mindre enig eller uenig om forståelsen av det som blir sagt. Samtalen er dialogisk, og vi har anledning til å gi hverandre tilbakemeldinger på ulike måter underveis. Dialogisk kommunikasjon er toveis. Vi bytter hele tiden rollene som avsender og mottaker (Lorentzen 2003).

”Vi forstår andre på bakgrunn av våre egne erfaringer, følelser og tanker. F.eks. på bakgrunn av den kulturen vi er en del av. Dette kaller vi for-forståelse, det vil si den forståelsen vi bringer med oss til møtet med andre mennesker” (Røkenes og Hanssen 2006:12).

Gjennom den dialogiske kommunikasjonsmodellen ønsker men å komme fram med sitt budskap, man er åpen for mottakers meninger og synspunkter, man gir hverandre aksept

og man lager en felles forståelse og skaper sammen ett bilde som både sender og mottaker oppfatter og forstår (Lorentzen 2003).

Utgangspunktet for kommunikasjon er at avsender ønsker at mottaker skal forstå og oppfatte budskapet slik det er tenkt. Det er opp til mottaker å forstå budskapet, med bakgrunn i selve budskapet og konteksten det blir sendt i. Mottaker tar en liten tenkepause for å tolke senderens budskap, og kommer tilbake med sin tolkning. Sender tar så sin lille tenkepause for å avgjøre om budskapet er riktig oppfattet, før han evt. kommer med en presisering. Sender må hele tiden være åpen for mottakers meninger og synspunkter, signalisere aksept for disse og justere sin kommunikasjon i henhold til tilbakemeldingene (Lorentzen 2003).

Når et menneske blir stimulert til å bruke og å oppøve sin kompetanse, får det mestringsopplevelser. Slike mestringsopplevelser gir næring til selvbildet. Uansett hvilke forutsetninger et menneske har, så har alle et behov for å oppleve at de mestrer noe. Vår oppgave er å legge til rette for dette (Bunkholdt 2000).

Det ligger mye makt i evnen til å kommunisere. Når en fagperson og en klient møtes har disse ulike roller og ulike forventinger til hverandre. I slike relasjoner vil det gjerne oppstå bånd, tilknytning og kanskje avhengighet. Dette kan til tider oppleves sterkt for både bruker og hjelper (Røkenes og Hanssen 2002).

En koordinator på individuell plan vil ha en rolle som kommunikator i en ansvarsgruppe. Ikke nødvendigvis som en ordstyrer, men en som holder kontroll på alles roller i planen. Ikke alle kan møte på alle møter, og da vil det være koordinators rolle å innhente materiale, evalueringer eller lignende fra alle aktører i planprosessen (Helsedirektoratet 2010).

3.4 Planleggingsteori

For god planlegging trengs klare og entydige mål. En må finne alle alternativ som fyller målene og en må også finne konsekvensene av alle alternativ. En må velge det alternativet som har konsekvenser som på best mulig måte oppfyller målene en har satt. For at en gruppe skal kunne planlegge sammen må alle være interessert i å komme til en felles forståelse og enighet. Det er viktig at alle i gruppen er likeverdige og at alle kan innrømme feil og være villig til å skifte standpunkt om gode argumenter blir lagt fram. Det er og viktig at alle er ærlige mot hverandre (Amdam og Veggeland 1991).

3.4.1 Dialog som planleggingsteori.

Planleggingsdialog forutsetter at alle grupper med interesser deltar i utformingen av planen. Planprosessen skal føre til avklaring av mål, tiltak og løsninger.

Planleggingsdialogen er opplagt slik at prosjektet legges opp som en læringsprosess. Ekspertene (her fagfolk) bidrar der med teorier, kunnskap, nye perspektiver, kunnskap og granskning. Andre deltakere, som klientene selv eller deres pårørende bidrar med praktisk kunnskap, verdier, normer, prioriteringer og realistiske alternativer. Det kan være at ekspertene og klientene har ulike forestillinger om mål, problemer, løsninger, konsekvenser og alternativer. Dialogen og samarbeidet mellom disse skal fungere som en læringsprosess som skal være gjensidig der en skal komme fram til enighet.

Planleggingsdialog som planleggingsmetode forutsetter i utgangspunktet at det ikke er noen konflikter mellom partene i gruppen. Her skal det læres gjennom dialog og det skal i fellesskap utvikles felles mål og løsninger. Det er nok vanlig at det er en konflikt mellom partene og at dialogen blir en slags maktkamp mellom profesjonsutøverne og klientene. Det kan være at partene i en planprosess står veldig langt fra hverandre, og da kan det være aktuelt å mekle. Om interessen til å finne en løsning er stor, samtidig som at avstanden mellom partene også er stor kan det være aktuelt å kalle inn til forhandlinger. Om dette ikke fører fram må noen, eksempelvis en oppnevnt nemnd, ta en endelig avgjørelse (Amdam og Veggeland 1991).

3.5 Organisasjonsteori

I det daglige omtaler vi gjerne en kommune, sykehus eller bedrift som en organisasjon. Det som kjennetegner en organisasjon er at deltakerne har et felles mål eller oppgaver som knytter dem sammen. Og at det foreligger retningslinjer eller prosedyrer som samordner arbeidet til deltakerne mot et mål (Jacobsen og Thorsvik 2007).

3.5.1 Koordinering/samordning

Når en oppgave eller et mål består av flere deloppgaver eller delmål oppstår det et behov for koordinering. Eksempelvis i en bank har de ansatte forskjellige oppgaver de er satt til å drifte. Om det kommer inn en kunde som ønsker tilbud på forskjellige tjenester vi en da måtte koordinere disse tjenestene slik at kunden får et helhetlig tilbud. Den formelle strukturen i organisasjonen vil i tillegg til å si noe om arbeidsdelingen og inndelingen i organisasjonen også bestemme elementer som skal sikre at den nødvendige koordineringen finner sted. Manglende oversikt og ulike interesser kan føre til at de ulike aktørene konsentrerer seg kun om sine egne deloppgaver, ofte på bekostning av helheten. Dette er grunnen til at det bør opprettes formelle strukturer som sikrer god koordinering (Jacobsen og Thorsvik 2007).

For at det skal være mulig å nå organisasjonens overordnede målsetninger, er det en forutsetning at alle enhetene i organisasjoner samarbeider på en slik måte at man får gode mekanismer som samordner gruppene i organisasjonen, og som forener de individuelle krefter til enhetlig kraft som arbeider for å nå et felles mål. Samordning av arbeidet er med andre ord et spørsmål om hvordan man skal integrere de ulike rollene i organisasjonen. Dette kan løse på to måter; vertikal eller horisontal samordning (Bolman og Deal 2009).

3.5.2 Vertikal samordning

Vertikal samordning er utarbeidet av ledelsen. Dette innebærer ordregiving, tilsyn, regler, planlegging, kontrollsystemer og strategier. Ved å skape myndighetsstillinger prøver man å utnytte kunnskapene og kreftene til enkeltindivider og grupper i alle ledd i organisasjonene for å få disse til å arbeide mot organisasjonenes mål (Bolman og Deal 2009).

3.5.3 Horisontal samordning

Horisontal samordning oppnår gjennom arbeidsgrupper, møter og utvalg. I de aller fleste organisasjoner er det ikke nok med bare vertikal samordning der ordrer og regler kommer fra ledelsen alene. Man må også få de ansatte til å samarbeide for at organisasjonen skal kunne nå sine mål. Bolman og Deal mener at horisontale teknikker gjør samordningen i en organisasjon fullstendig, og omfatter:

- Formelle og uformelle møter for å utarbeide planer, løse problemer og fatte beslutninger
- Arbeidsgrupper som samler representanter med ulik kompetanse fra forskjellige arenaer for å jobbe mot et spesifikt mål
- Samordnende roller som fungerer ved hjelp av formidling og deling av informasjon fungerer bedre enn makt og regler (Bolman og Deal 2009).

3.5.4 Organisasjonskultur

Schein hevder at kulturbegrepet må beskrive et relativt fast mønster eller system av normer og kvaliteter som viser en slags likevekt, og at styrken av en kultur ses gjennom evnen til å forbli et fast mønster til tross for påvirkninger utenfra. Det må også uttrykkes resultat av en historisk læringsprosess til en relativt begrenset gruppe mennesker. Læringen må være instrumentell, kognitiv og emosjonell. Noen former for læring fører til sterkere kultur. Kultur formidles mest gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Slik knyttes kulturbegrepet eksplisitt til kommunikasjon. Kultur kan dermed defineres som et mønster av viktige forutsetninger og forståelser som deles av en organisasjons medlemmer, som

virker ubevisst og definerer det som tas for gitt i en organisasjons perspektiv på seg selv og omgivelsene (Schein 1985).

Alle organisasjoner har et lovverk å forholde seg til. Sosialt arbeid er en formell struktur som også omfatter lovverket. Ved å håndtere lovverket, kan det oppstå en uformell struktur, der sosialarbeideren viser skjønn og gjør egne tolkninger. Sosialarbeideren hos NAV kan legge egne normative føringer til grunn for hvem som skal få sosialstønad. Bang (1995) hevder at det kan utvikles uformelle ”standarder” for hvem som er ”verdige brukere”, og på uformelt vis kan det oppstå en organisasjonskultur (Djupvik og Eikås 2002).

I de fleste definisjoner av organisasjonskultur, legges det vekt på bl.a.:

- Kultur er summen av meninger som mennesker i felleskap har sammen.
- Kultur er også et system av felles verdier og symboler i en gruppe
- Kultur danner oss et mønster av felles oppfatninger og verdier som gir mening for hvordan den enkelte bør opptre i organisasjonen ovenfor hverandre (Jacobsen og Thorsvik 2009).

4.0 Drøfting

Under dette punkter ønsker jeg å drøfte noe av teorien jeg har skrevet om i teorikapittelet opp mot min problemstilling. I drøftingen legger jeg fokuset på koordinators rolle i planarbeidet, samhandling og kommunikasjon i gruppen. Jeg vil belyse problemstillingen fra forskjellige vinkler.

Problemstilling:

På hvilken måte kan koordinator bidra til at individuell plan blir et godt redskap for samordning av tiltak og tjenester?

4.1 I hvilken grad kan fremtiden planlegges?

Jeg tenker at i en individuell plan vil det være naturlig å legge inn både langsiktige og kortsiktige mål. Hvor enkelt kan det være å planlegge la oss si fem år fram i tid når det gjelder hjelpe- eller bistandsbehov for fysisk eller psykisk syke?

God planlegging trenger klare mål og en må finne klare løsninger for å nå disse målene (Amdam og Veggeland 1991). En kan tenke seg at det som fremstår som en klar og god løsning når målene blir satt kan vise seg å være helt feil eller utilstrekkelig etter evaluering. Dette innebærer da at jevnlig evaluering og kontinuerlig arbeid med individuell plan er nødvendig for tilfredsstillende måloppnåelse. Jeg tenker at det å ha en god koordinator på en individuell plan vil være viktig for å ivareta brukeren i et langsiktig perspektiv. Om behovene til planeier endres er dialogen mellom bruker og koordinator viktig.

Hensikten med individuell plan er at her skal alle hjelpebehov til planeier samles på ett sted slik at god koordinering av tjenester blir ivaretatt. Over tid vil dette dokumentet være i en dynamisk prosess som er i stadig endring (Helsedirektoratet 2010). Rammebetingelser i kommunene kan endres slik at en får eksempelvis øking eller svekking av ressurser til

personale eller endringer i bygningsmasse til rådighet. Dette er budsjettavhenging, og må tas med i en evalueringsprosess. Helsen til brukeren kan heller ikke planlegges. Kanskje brukeren mestrer mer eller mindre etter en evaluering, og nye mål må utarbeides. Jeg mener at dynamisk planlegging er nødvendig for at en villig kan utarbeide nye mål ettersom tiden går. Her mener jeg god kommunikasjon er essensielt, spesielt fra koordinators side siden det er koordinator som holder prosessen sammen.

Jeg tenker at dette vil kreve mye av koordinator, da det ofte er flere instanser fra flere ulike forvaltningsnivå som vil være involvert i planen, eksempelvis spesialisthelsetjenesten i tillegg til kommunen og andre aktører.

4.2 Kan tjenester samordnes med tanke på forvaltning og ulike forvaltningsorgan?

I en tverrfaglig prosess med mange aktører fra flere ulike arenaer er på banen tenker jeg at god kommunikasjon er viktig. I en ansvarsgruppe eller plangruppe er ingen mer viktig enn andre og det er viktig at alle blir hørt. Enhver profesjonsutøver med en plass i gruppen har sitt eget spesialfelt, og må bli hørt på dette feltet. Planeier skal også høres i dette arbeidet, da det er hans/hennes plan. En kan selvfølgelig komme ut for at bruker har urealistiske mål, og da er det viktig å kommunisere med bruker på en måte der en ikke bruker makt, men at en prøver å få bruker til å forstå hvorfor et mål er for stort eller annet. Begrepet makt har blitt definert på mange måter som kan belyse mange sider av begrepet. Jacobsen og Thorsvik (2007) koker dette ned til at "A" påvirker "B", altså at en person eller gruppe har makt og derfor kan påvirke en gruppe, en situasjon eller å få noe til å skje etter sitt ønske.

Av egen erfaring vet jeg at det ikke alltid er samsvar mellom brukers eller vergers ønsker og det som faktisk er realiserbart. Dette kan være på grunn av fysiske begrensninger, rammebetingelser eller andre faktorer. Spesielt i arbeid der jeg har hatt med barn å gjøre kan det være vanskelig å være ærlig og oppriktig, da det alltid ligger mye følelser for barnet blant de pårørende. Dette kan nok gjøre at de kanskje ikke har en like realistisk virkelighetsoppfatning når det gjelder eget barns evne til måloppnåelse som de profesjonelle medlemmene i ansvars- eller plangruppen. Jeg tenker da at det er viktig at

koordinator er i god dialog med bruker eller pårørende og taler deres sak. En må selvfølgelig være lojal mot arbeidsgiver og holde seg innenfor gitte rammebetingelser.

Når det gjelder sammensetningen i en ansvarsgruppe mener jeg at det i utarbeidelsen av en plan vil det være nødvendig med mange aktører fra ulike instanser som yter bistand til planeier. Senere i planprosessen trenger kanskje ikke alle å møte på alle møter. Til et møte som eksempelvis gjelder helsen til bruker trenger ikke bidragsytere som ikke yter denne hjelpen å møte. Dette i respekt for bruker og for effektivitetens skyld. Det vil da være koordinators jobb å skrive referat slik at alle som trenger det får den informasjonene de trenger.

Min erfaring med arbeid med individuell plan er at de involverte i planen fra eksempelvis spesialisthelsetjenesten ikke møter på ansvarsgruppemøtene i stor grad. Der har det vært min oppgave som koordinator å ta kontakt i forkant av ansvarsgruppemøtene for å diskutere løsninger for måloppnåelse eller endring i tilbud på vegne av brukeren. Det kan til tider føles frustrerende å ikke møte alle involverte i planen, men det er da desto viktigere at jeg som koordinator legger litt press på eksempelvis spesialisthelsetjenesten slik at de følger opp sin del av den inngåtte avtalen.

Med samhandlingsreformen kom lovfestet rett til koordinator. Dette gjelder om en velger å ha individuell plan eller ikke. Når en oppgave skal deles opp i flere ulike deler vil det være behov for koordinering av disse. Alle medlemmene i gruppen vil da ha ulike arbeidsoppgaver (Jacobsen og Thorsvik 2007). Det vil være koordinators oppgave å samle alt til slutt. Min erfaring med å arbeide på tvers av forskjellige forvaltningsnivå er at dette kan være en utfordring. Planmedlemmene som eksempelvis arbeider i spesialisthelsetjenesten møte sjelden til ansvarsgruppemøtene og har kanskje ikke den kjennskapen til brukeren som de som arbeider tett på planeieren. Dette er utfordrende for koordinator. Jeg mener at en type matrisestruktur kan da være til hjelp. Om en deler oppgavene på tvers i ulike team som arbeider sammen i ulike nivå vil kunne lette arbeidet for koordinator og føre til bedret kommunikasjon og målrette arbeidet bedre.

4.3 Hvor viktig er kommunikasjon?

Lorentzen skriver om dialog om graden av sammenfallende forståelse. Kommunikasjon mellom to eller flere personer ses som en handling hvor alle involverer seg i en forhandlingsprosess om mening, og i løpet av prosessen blir de mer eller mindre enig eller uenig om forståelsen av det som blir sagt. Samtalen er dialogisk, og vi har anledning til å gi hverandre tilbakemeldinger på ulike måter underveis. Dialogisk kommunikasjon er toveis. Vi bytter hele tiden rollene som avsender og mottaker (Lorentzen 2003).

Jeg mener dette er viktig i et samarbeid som en arbeidsgruppe her representerer. En må i en gruppe med ulike profesjoner og deltakere være åpen for at andre har ulike meninger og måter å se ting på. Jeg tenker at dette er en av hovedgrunnene til at man faktisk møtes tverrprofesjonelt i et slikt forum. For å skape best mulig koordinerte tjenester for planeieren.

I planarbeidet er det viktig at alle jobber sammen mot de mål som er satt, mot gode koordinerte tjenester for brukeren. Det er brukeren selv som skal være i fokus, da planen tross alt inneholder han/hennes mål. Om dette er mål brukeren selv må jobbe for å nå, eller om dette eksempelvis har med rammebetingelser å gjøre har ingen betydning. Det er viktig å få fram i planen hvem målene er satt for. Er dette et mål brukeren selv skal nå, eller er dette noe de som yter tjeneste skal arbeide mot? Jeg mener det her er veldig viktig å kommunisere godt slik at det blir helt klare og målbare mål som blir satt, og at brukeren blir hørt.

Brukermedvirkning skjer når brukeren på individnivå og brukerorganisasjonene på systemnivå får delta i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av tiltak.

Medvirkningen lar brukeren selv ta ansvar for eget liv og egne valg (Lingås 2005).

Dialog er viktig for brukermedvirkning i denne sammenhengen, da bruker og hjelper, her profesjonsutøverne, eksisterer innenfor ulike livsverdener. Det er viktig at en deler opplevelser og oppfatninger av brukerens situasjon for god dialog (Vatne 1998).

Jeg opplever ofte at når en kommer i et møte med eksempelvis en lege vil legen prate litt ”over hodet” på brukeren og forholde seg mer til personalet som er med sammen med

brukeren. Dette må for all del unngås i et planmøte der brukeren selv deltar. Dette er brukerens plan og vedkommende har medbestemmelsesrett.

Det er store forskjeller i de personlige ressursene til personer med nedsatt kognitiv svikt, og den reelle graden av selvbestemmelse er situasjonsbetinget. Det er og store forskjeller på brukernes kommunikasjonsferdigheter. Hvilken type beslutning som skal tas spiller inn på hvor stor grad av medbestemmelse brukerne kan ha (Linde og Nordlund 2006).

Jeg tenker at alle har rett til medbestemmelse i egen plan, men graden av medbestemmelse må være varierende. Noen har sterk medbestemmelse og bestemmer alt, mens andre har svak medbestemmelse, men blir hørt. Jeg tenker alt til sin tid, da alle individ er forskjellige.

Når det gjelder kommunikasjon tenker jeg og at det er viktig å tenke over dette maktbegrepet. Det kan nok være lett for en profesjonsutøver å tenke at ”dette vet jeg bedre enn deg”, men dette er uviktig, for det er snakk om brukers plan og liv. I visse tilfeller vet kanskje en profesjonsutøver bedre enn brukeren, og da mener jeg at kommunikasjon med bruker, gjerne via koordinator kan være en god løsning.

4.4 *Hvordan styrke koordinatorrollen?*

Med nytt lovverk i forbindelse med samhandlingsreformen er koordinatorrollen i kommunene styrket blant annet i en ny forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Dette skal bedre samordning av tjenester for mennesker med langvarige og sammensatte hjelpebehov. Mine tanker rundt dette er at om en blir oppnevnt til koordinator må en kunne føle seg trygg i rollen. Ute i kommunene er det nå pålagt ved lov å opprette en koordinerende enhet som skal bistå brukernes koordinatører med blant annet arbeidet med individuell plan. Jeg stiller da spørsmålsteget ved om kommunene er klar for dette ansvaret. Har de kvalifisert personale til å fylle disse rollene? Jeg er selv plankoordinator, og hadde satt pris på hjelp hos koordinerende enhet når jeg står fast i mitt arbeid, men dette er såpass nytt at hjelpen er vanskelig å få. Det fins mange fine etterutdanninger en kan ta etter endt vernepleiestudie eller annet sosial- og helsefaglig studie. Kanskje et fokus på koordinering i et studium hadde vært noe som kunne styrket rollen som koordinator?

I alle slags veiledere står det mye om lovhjemling og rettigheter, men lite om hvordan en som koordinator skal gå frem. Jeg tenker at det å være trygg i rollen som koordinator vil gjøre at brukeren vil få en god individuell plan som fungerer godt med tanke på evaluering og måloppnåelse.

Jeg tenker som profesjonsutøver overfor en bruker i en individuell plan er det viktig å husk hvem som eier planen. Det er lett å "vite bedre", og en skal da trø varsomt slik at en ikke misbruker sin makt. En god relasjon der en koordinator respekterer bruker og pårørende er etter min mening avgjørende for godt planarbeid.

5.0 Avslutning og oppsummering

5.1 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg fokusert på hvordan koordinator kan gjøre individuell plan til et godt og effektivt verktøy som samordning og koordinering av tjenester for planeieren. Medvirkning i eget planarbeid er viktig for at brukeren skal få ta del i styringen av sine hjelpetiltak. Hvordan koordinators evner til å kommunisere med bruker og andre medlemmer av plangruppen har stor betydning for hvor effektiv en individuell plan vil være for både brukeren og tjenesteyterne.

5.2 Konklusjon

Jeg ser etter å ha arbeidet med denne oppgaven at informasjon om selv koordinatorrollen, annet enn at den er lovpålagt, er vanskelig å finne. Det er lagd flere veileder angående individuelle planer, men lite har vært nytting for meg som skriver om koordinering. Lovverket i forhold til dette er nytt, så det kommer kanskje nye veileder for dette med tiden. Det jeg tenker er noe av det viktigste jeg har kommet fram til i oppgaven er hvor viktig kommunikasjon er. Om en ikke kan kommunisere med bruker eller innad i ansvarsgruppen, vil nok ikke planene bli et godt redskap.

Fremtiden kan etter min mening ikke planlegges godt nok. Det skjer hele tiden uforutsette ting som gjør at planprosessen må være dynamisk, og at nye elementer kan komme inn. Jevnlig evaluering er nødvendig.

Samordning av tjenester mellom ulike forvaltningsnivå skal nå etter samhandlingsreformen være lettere. Hvordan det på sikt vil fungere gjenstår å se.

Kommunikasjon med planeier, pårørende og andre deltakere i planarbeidet er nok etter min mening den viktigste og vanskeligste oppgaven en koordinator har.

Skolering av koordinator burde etter min mening være et viktig tema for kommunene å ta opp og arbeide for, da dette nok hadde styrket brukernes rettigheter når det gjelder individuell plan. Siden koordinering av tjenester nå er nedfelt i lov er dette noe jeg mener kommunene burde satt fokus på.

5.3 Refleksjon

Koordinatorrollen er etter min mening et noe diffust begrep å forholde seg til. Det fins dårlige retningslinjer så langt for hva en egentlig forventer av en koordinator. Med nytt lovverk har det fulgt en del nye oppgaver til kommunene, og min tanke er at dette er kanskje ikke norske kommuner helt klar for enda. En type etterutdanning eller kursing for å steppe inn i en koordinatorrolle mener jeg burde prioriteres rundt om i kommunene. Dette tenker jeg at ville styrket brukernes rettigheter og godt individuell plan til et enda bedre og mer effektivt verktøy i fremtiden.

6.0 Litteraturliste

Amdam, Jørgen og Noralv Veggeland (1991). *Teorier om samfunnsplanlegging*. Oslo: Universitetsforlaget

Bolman, Lee G og Terrence E Deal (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bunkholdt, Vigdis (2000). *Utviklingspsykologi*. Oslo: TANO

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Djupvik, Alf Roger og Magne Eikås (2010). *Organisert velferd*. Oslo: Det Norske Samlaget.

For 2011.12.16 nr 1256: *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.

Gundersen, Knut og Luke Moynahan (2006). *Nettverk og sosial kompetanse*. Polen: Gyldendal Norsk Forlag

Helsedirektoratet (2010). *Individuell plan 2010: Veileder til forskrift om individuell plan*. IS-1253. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2010). *Koordinatorrollen: For deg som er eller skal bli koordinator for individuell plan*. IS-1790. Oslo: Helsedirektoratet

Helse og omsorgsdepartementet 1998: *NOU 1998:18, Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*.

Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: fagbokforlaget.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lingås, Lars Gunnar (2005). *Over andres dørstokk. Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. Oslo: Kommuneforlaget. 3. utg

Lorentzen, Per (2003). *Fra tilskuer til deltaker. Samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmende*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lov 1982.11.19 nr 066: *Lov om helsetjenesten i kommunene* (Opphevet).

Lov 1991.12.13 nr 081: *Lov om sosiale tjenester m.v.* (Opphevet).

Lov 1999.07.02 nr 61: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

Lov 1999.07.02 nr 63: *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.

Lov 2011.06.24.nr 30: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Michaelsen, Ragnhild, Solfrid Vatne og Anne Hollingen (2007). Koordinatorrollen ved individuell plan i psykisk helsearbeid : fokus på brukervedvirkning og samarbeid. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning nr. 4, vol. 9*

NOU 2009:22. *Det du gjør, gjør det helt*.

Røkenes, Odd Harald og Per – Halvard Hanssen (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Schein, Edgar. *Organizational Culture and Leadership*. Jossey-Bass. San Francisco, 1985.

Stortingsmelding 21 (1998-99): *Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.*

Stortingsmelding 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.*

Thommesen, Hanne, Normann, Trine og Sandvin, Johans Tveit (2003) *Individuell plan. Et sesam sesam?* Kommuneforlaget AS, Oslo.

Vatne, Solfrid (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv.* Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Aadland, Einar (2004). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag.* 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.