

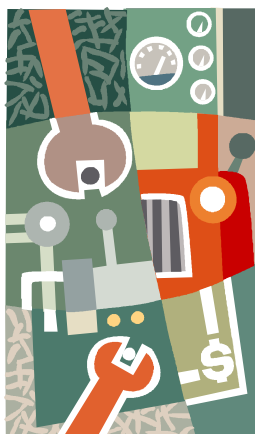
**AASHILD STORLI**

# **IP – ET VERKTØY FOR BRUKERMEDVIRKNING OG SAMHÅNDLING?**

**ET SYSTEMPERSPEKTIV PÅ BRUK AV INDIVIDUELLE PLANER FOR  
UNGDOM MED BEHOV FOR LANGTILSIKTEDE OG SAMVIRKENDE  
TJENESTER - I OVERGANG TIL VOKSEN LIV**

**MASTEROPPGAVE I FUNKSJONSHEMMING OG SAMFUNN**

**TRONDHEIM, VÅREN 2010**



NTNU

Norges teknisk – naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Institutt for helsevitenskap og sosialt arbeid

## FORORD

”No man is an island”

John Donne (1572-1631)

Da har jeg endelig kommet til veis ende i masteroppgaven. Det har vært inspirerende en prosess selv om det til tider har vært ensomt og møysommelig! Det har videre vært en prosess i berg – og dalbane; det vil si fra dype bølgedaler til å sveve på skyer. Opplevelse eller følelse av mestring har vært drivkraften til å fullføre oppgaven. Imidlertid har de små tingene i hverdagen også hjulpet meg. Det er for eksempel kaffe i store doser og svak musikk i bakgrunnen til større hverdagslige rutiner utenom oppgaveskrivingen. Et hjelpemiddel som jeg har fått mye bruk for i oppgaven er oppslagsverk eller ordbok på internett. Det kan ha ført til at språket i oppgaven har variert i større grad enn ellers.

Selv om jeg til tider har trodd at jeg har vært alene om å få til denne oppgaven kan det umulig ha vært virkeligheten!

Uten informantene (offentlige ansatte i Trondheim kommune) hadde denne oppgaven blitt vanskelig å gjennomføre. En kjempestor takk for formidling og fremstilling av deres yrkeshverdag.

Jeg vil takke medstudenter, offentlige ansatte i ulike nivåer, etater og sektorer for innspill til denne studien. En takk også til min kjæreste for hjelp og støtte med oppgaven. En takk gis også til orakeltjenesten for deres behjelpelighet med min PC.

Så vil jeg sende en stor tusen takk til mine veiledere; Borgunn Ytterhus ved institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap og Åse Bratterud ved Barnevernets utviklingssenter i Midt – Norge. De har hjulpet meg på hver sin måte og som til sammen har videreutviklet min forståelse av å skrive en forskningsoppgave.

Mine aller nærmeste har vært ivrige på når jeg blir ferdig med oppgaven. Nå kan jeg si det! Og hva blir det neste prosjekt mon tro?

Saupstad, mai 2010

Aashild Storli

## INNHold

### **Kapittel 1 Innledning 5**

---

---

1.1 Introduksjon 5

---

1.2 Bakgrunn og tema for oppgaven 6

---

1.3 Faglig og teoretisk tilnærming 8

---

1.4 Oppgavens design og struktur 9

---

### **Kapittel 2 Kunnskapsrammen 11**

---

2.1 Innledning 11

---

2.2 Internasjonale erfaringer om organisering av tjenester 11

---

2.3 Erfaringer fra Norge om individuelle planer 13

---

### **Kapittel 3 Teoretisk tolkningsramme 22**

---

3.1 Metodeverktøyet individuell plan 22

---

3.2 Brukermedvirkning 25

---

3.3 Om funksjonshemming, forståelser og modeller 28

---

3.4 Rehabilitering 34

---

3.5 Tverrfaglig samarbeid og samhandling 37

---

3.6 Overgang til voksenliv - og voksentjenester 39

---

### **Kapittel 4 Metode 45**

---

4.1 Kvalitativ metode 45

---

4.2 Forståelsesmåter i det kvalitative intervju 46

---

4.3 Fenomenologisk tilnærming 47

---

4.4 Datainnsamling og utvalg 49

---

4.5 Etablering av kontakt med saksbehandlere 51

---

4.6 Relasjonen mellom student og informanter 52

---

4.7 Systematisering og analyse av data 52

---

4.8 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet 54

---

4.9 Ethiske overveielser 57

---

### **Kapittel 5 Presentasjon av data 59**

---

5.1 Kommunens utvikling av individuell plan 59

---

5.2 Vilkår for retten til IP - i overgang til voksenliv 64

---

---

5.3 Momenter før og etter vedtak om IP 67

---

---

5.4 Ungdommens deltakelse og innflytelse ved hjelp av IP 70

---

---

5.5 Samarbeid mellom "barne-, og voksentjenesten" i kommunen 75

---

---

5.6 Kommunens interne og eksterne relasjoner 82

---

---

5.7 Kommunens bruk av IP for helhet og sammenheng i overgangen 84

---

---

## **Kapittel 6 Diskusjon 92**

---

---

6.1 IP og overgang til voksentjenester i kommunen 92

---

---

6.2 Brukermedvirkning for ungdom – i overgangen 95

---

---

6.3 Rettighet og vilkår for IP 100

---

---

6.4 Prosesser for utvikling av IP 104

---

---

6.5 Positivt og negativt samarbeid 107

---

---

6.6 Kan IP bidra til å kvalitetssikre helhet og sammenheng i overgangen? 111

---

---

## **Kapittel 7 Avslutning 115**

---

---

## **Referanseliste 121**

---

---

## **Vedlegg 129**

---

---

# Kapittel 1 Innledning

## 1.1 Introduksjon

Mennesker som har behov for eller som mottar samvirkende tjenester over lang tid, har rett til å få utarbeidet individuelle planer (IP). Kommunens helse-, og sosialtjeneste og spesialisttjenesten (helseforetak) plikter å initiere til planarbeid. I planprosessen har brukeren rett til å delta (Lerdal, 2009). Mennesker som får IP kan være i alle aldre. Fram til 2009 var lovgrunnlaget for vedtak om IP begrunnet ut i fra lovverk som berørte helse – og sosialtjenester samt arbeids – og velferdsordningen (NAV). I 2009 ble det endret til også gjelde Lov om barneverntjenester (LOB). Selv om det er nye bestemmelser om IP på sosial- og barnevernområdet (NAV og LOB), er de foreløpig ikke tilknyttet forskrift om IP i helselovgivningen og sosialtjenesteloven (vedlegg:1). Vedtak om IP beror til en viss grad ut i fra skjønn og behov for langvarige og koordinerte tjenester.

I denne studien er målgruppa ungdommer som har behov for tjenester av langvarig og koordinert art. Ungdomsgruppen omfavner ungdommer med tiltak fra offentlige tjenester og som har behov for videre tiltak. Oppgaven belyser erfaringer i bruk av individuell plan for ungdommer – i overgang til voksenliv. Studiens perspektiv involverer offentlige ansatte fra tjenesteapparatets forvaltning, tiltak eller oppfølging i Trondheim kommune.

Ungdommer med behov for langtidsiktede og samvirkende offentlige tjenester, kan ha ulike psykososiale problemer. Det kan være utviklingsforstyrrelser av ulik alvorlighetsgrad, fra lese – og skrivevansker til autisme og autismeliknende tilstander, psykoser, adferdsforstyrrelser, emosjonelle forstyrrelser, oppmerksomhetsforstyrrelser, Tourettes syndrom, spiseforstyrrelser, psykosomatiske tilstander, krisereaksjoner etter traumer, seksuelle overgrep og suicidalproblemer (St.meld. nr. 25, 1996-97). I tillegg kommer barn med medfødte og ervervede hjerneskader, utviklingshemming og ulike syndromer som for eksempel Downs syndrom.

Utsatte barn og unge beskrives i rapport fra Helsetilsynet (5/2009). Det er barn og unge som ved tilbaketrekking, utagering, rusmisbruk, eller som på andre måter viser ved sin oppførsel at de har behov for samordnet bistand fra barnevern, helse – og sosialtjenesten, samt barn som har behov for samordnet bistand på grunn av foreldrenes atferd eller situasjon.

## 1.2 Bakgrunn og tema for oppgaven

IP er et vedtak i seg selv som er utløst av ett eller flere lovgrunnlag (vedlegg:1). IP har egen forskrift<sup>1</sup> samt egen veileder til forskriften. Ny forskrift om IP trådte i kraft 1.1.2005 etter helse – og sosiallovgivningen (vedlegg:1).

Etter at jeg begynte på mastergradstudiet i Funksjonshemming og samfunn v/NTNU, ble jeg involvert i ett prosjekt gjennom Barnevernets utviklingscenter i Midt – Norge (BUS). Prosjektet het ”Overgang fra Barnvern til Voksenliv I Trondheim” (vedlegg:7) som omhandlet ungdom med hjelp fra barnevernet sin opplevelse av hjelp og støtte i overgangen til voksenlivet og hvordan hjelpeapparatet fungerer.

OBVIT omhandlet vurdering av samhandlingen mellom ulike tiltak og tilbud av tjenester i kommunens barne-, og voksentjenesten spesielt samt dets fungering av faglige målsettinger.

Prosjektet *identifiserte noen utfordringer for kommunens videre arbeid med ungdommer i overgang fra barnevern til voksenlivet som er å:* (Bratterud & Skårstad, 2008, p. 3)

1. *sikre ungdommene reell medvirkning og innflytelse i avgjørelser om avslutning eller videreføring av barneverntiltak,*
2. *gi ungdommene et proaktivt, helhetlig, fleksibelt og individuelt tilrettelagt ettervern med vekt på både praktisk, økonomisk og følelsesmessig hjelp og støtte. Særlig gjelder dette for ungdommer med sammensatte og store behov innenfor rus og psykisk helse.*

I OBVIT ble enhetsledere i tiltak, oppfølging – og forvaltningsadministrasjonen intervjuet. Høsten 2007 intervjuet jeg selv to ledere fra helse – og velferdstjeneste; forvaltning og oppfølging. I to andre intervjuer med barne-, og familietjenesten forvaltning og helse – og velferdstjeneste – oppfølging var jeg deltakende intervjuer. I intervjuguiden tilknyttet OBVIT, ble spørsmål om individuell plan inkludert. Det er kun spørsmål om IP i OBVIT – prosjektet som er brukt i denne studien (vedlegg:4).

Jeg analyserte datafunn fra OBVIT i mitt studieprosjekt som forøvrig skal leses som *uten tilhørighet* til OBVIT - prosjektet.

---

<sup>1</sup> Forskrift om IP trådte første gang i kraft 1.1.2001. Forskriftens lovgrunnlag ble den gang kun tilknyttet helselovgivningen.

I 2009 ble endringer innført i Lov om barnevernstjenester for blant å gjelde retten til IP og å styrke ettervernet (Ot.prp. nr. 69, 2008-2009). Å styrke ettervernsarbeidet har vært et sentralt arbeide for barne-, likestilling – og inkluderingsdepartementet. Frivillig tiltak etter barnvernsloven ble hevet fra 20 – 23 år i 1998. Det er langt flere ungdommer i dag over 18 år som mottar tiltak enn fra tidligere år (Ot.prp. nr. 69, 2008-2009). Endringen i lovgrunnlaget for utvidet krav om begrunnelser for ettervern, handlet om å gi en faglig begrunnelse for hvorfor vedtak ikke videreføres.

Både St.meld. nr. 25 (1996-97) og St.meld. nr. 21 (1998-99) påpeker at tjenesteapparatet er for oppstykket og dårlig koordinert. Dette fører til at tjenestemottakeren, og ofte også deres pårørende, må bruke mye tid for å komme fram til et tilpasset tjenestetilbud. Tjenestemottakere og deres pårørende, som for eksempel foreldre med funksjonshemmede barn, erfarer at deres egen kompetanse ikke alltid blir tatt tilstrekkelig hensyn til når løsninger drøftes. Stortinget ba i 1999 sosial- og helsedepartementet om å utarbeide et lovverk og retningslinjer om individuell plan, for å bedre samarbeid om og samordning av tjenester til enkeltpersoner med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Stortingets ønske var å bidra til et regelverk og en praksis som legger til rette for at tjenestemottakere og pårørende i framtida selv skal slippe å samkjøre nødvendige tiltak og tjenester. Hovedansvaret for koordineringen skal ligge i tjenesteapparatet og hos tjenesteutøverne.

Ungdommer med behov for tjenester (langtilsiktete og samvirkende) fra det offentlige hjelpeapparatet f. eks (re)habilitering, barnvern, helse - og sosiale tjenester er i overgangen mellom ungdom og voksen alder tilknyttet flere utfordringer. Den sårbare eller utsatte livssituasjonen gjelder ungdoms overgang til å etablere seg i en selvstendig tilværelse. Det kan handle om utflytting og løsrivelse fra foreldre til egen bolig, etablere seg i arbeidslivet eller gjennom videre yrkesutdanning. Samtidig som denne endringen foregår i en bestemt livsfase, skjer det også endring i forhold til hvilke deler av tjenesteapparatet i kommunen (og i spesialisthelsetjenesten) som skal gi bistand og oppfølging av ungdommene. Det kan være en ulempe at habilitering i stor grad er knyttet opp mot hjelp fra helsetjenesten, mens mange av de behovene ungdommene selv opplever å ha, er knyttet til hjelp, støtte og opplæring i forhold til deltakelse i samfunnet og løsrivning - det å få seg jobb og flytte i egen bolig (Lerdal, 2009).

Tema for oppgaven er bruk av IP i overgang til voksenliv og fokus er hvilke erfaringer offentlige ansatte har for bruk av IP for ungdommer som har behov for langtilsiktete og koordinerte tjenester - i overgang til voksenliv.

Ut i fra bakgrunn og tema for oppgaven lyder hovedproblemstillingen slik:

*På hvilke måter kan IP bidra til å styrke ungdommers overgang til voksenliv?*

Forskningsspørsmålene har en hovedstruktur som følger funn fra data. Det er samtidig tilknyttet flere forskningsspørsmål; beskrevet som introduksjon til kapittelinnledningene i kapittel 6. Alle forskningsspørsmålene er utviklet fra intervjuguiden, teorigrunnet og datafunnene.

Forskningsspørsmålene har følgende hovedstruktur:

- Hvordan organiserer Trondheim kommune for bruk av IP – i overgang til voksenliv?
- Hvordan fungerer brukermedvirkning i følge offentlige ansatte?
- Hva er vilkårene for retten til IP i overgang til voksenliv?
- Hva er sentrale momenter før og etter vedtak om IP for ungdommer med behov for langtilsiktete og samvirkende tjenester?
- Hvilke positive og negative samarbeid(sformer) foregår i kommunens interne og eksterne relasjoner?
- Kan IP bidra til å kvalitetssikre helhet og sammenheng i overgang til voksenliv?

### **1.3 Faglig og teoretisk tilnærming**

I den faglige tilnærmingen viser jeg til forskning som gjelder erfaringer i bruk av IP for alle aldersgrupper, og fagprofesjonelles eller tjenesteapparatets erfaringer. Jeg vil også komme inn på bruk av IP for ungdommer og deres tjenestetilbud. Det er også benyttet forskning og teori om brukermedvirkning, overgang til voksenliv og voksentjenester samt tverrfaglig samarbeid.

Internasjonal forskning er amerikansk, britisk, og svenske som gjelder innenfor helse – og sosialtjenester. I tillegg blir nasjonale planer, strategier og offentlige dokumenter benyttet (lover, forskrifter, veiledere, St.meld., NOU, m.m.).

Den teoretiske tilnærmingen er begrunnet ut ifra:



- Individuell plan
- Brukermedvirkning
- Forståelser av begrepet funksjonshemming
- (Re)habilitering
- Tverrfaglighet og tverrfaglig samarbeid
- Overgang til voksenliv – og voksentjenester

De teoretiske og faglige tilnærmingene skal synliggjøre kunnskaps - og feltområder som forsterker eller øker ytterligere gode individuelle planprosesser.

Essensen i oppgaven handler om ungdommer som har videre behov for offentlige tjenester – i overgang til voksenliv og deres rett til IP. Videre handler det om hvem av ungdommene som skal defineres som funksjonshemmede og etiske dilemmaer knyttet til funksjonshemming som begrep. Et annet sentralt fokus er om brukermedvirkning faktisk skjer for ungdommene.

## **1.4 Oppgavens design og struktur**

Metoden som er brukt i oppgaven er intervju med saksbehandlere og enhetsledere i Trondheim kommune. Datamaterialet er ellers belyst gjennom kvalitative metoder som eksplisitte betraktninger og kommunikativ rasjonalitet. Studiens design er en deskriptiv (beskrivende) ramme for å forstå problemstillingen. For å beskrive informantenes erfaringer har jeg valgt fenomenologisk tilnærming og eksplisitte betraktninger. I kapittel 4 er metodene og fenomenologisk tilnærming nærmere beskrevet. Da jeg brukte intervju som metode for å belyse studiens datamateriale beskrives informantene slik:

- Fire enhetsledere i barne- og familietjenesten forvaltning
- Fire enhetsledere i barne- og familietjenesten tiltak
- Fire enhetsledere i helse - og velferdstjenesten forvaltning
- Fire enhetsledere i helse - og velferdstjenesten oppfølging
- Enhetslederne er intervjuet gjennom OBVIT- prosjektet.
- Tre saksbehandlere fra barne- og familietjenesten - forvaltning
- Tre saksbehandlere fra helse og velferdstjenesten – forvaltning
- Saksbehandlerne utgjør studiens egne informanter (vedlegg: 6).
- Alle informantene er offentlige ansatte som arbeider i Trondheim kommune.

Det ble videre sendt ut skriv til enhetsledere i barne-, og familietjenesten forvaltning og tiltak samt helse – og velferdstjenesten forvaltning og oppfølging. Utfyllende informasjonsskriv ble videreformidlet til saksbehandlere i samme etater før undersøkelsen begynte (vedlegg:2 og 3). Dataene er analysert med utgangspunkt i fenomenologisk analyse som er forklart i kapittel 4. I avslutningskapitlet er oppsummering av forskningsspørsmål og problemstilling foretatt i samsvar med teori grunnlaget og funn fra data.

Oppgaven har følgende enkle struktur. I kapittel 1 har bakgrunn, tema, problemstilling, målgruppa, utvalg og struktur for oppgaven blitt beskrevet. Kapittel 2 omhandler forskning og empiri om IP eller som er tilknyttet IP og kapittel 3 beskriver den teoretiske rammen for oppgaven. I kapittel 4 gjelder ”veien fram mot målet; altså studiens metode, mens kapittel 5 er presentasjon av funn fra datamaterialet. Kapittel 6 fremviser diskusjon av funnene og kapittel 7 er avslutningen på oppgaven i form av oppsummering og konklusjon.

Begrepsavklaringer følges fortløpende i teksten. Imidlertid er definisjonen på målgruppa; *ungdommer som har behov for langtilsiktete og samvirkende tjenester – i overgang til voksenliv* forkortet til *ungdom, ungdommer eller ungdommene*. Videre er hjelpeapparatet eller tjenesteapparatet definert som offentlige ansatte i forvaltnings – og tiltaksadministrasjonen, helseforetak, spesialisttjenesten og eller kommunens ledelse via rådmannens fagstab. Langtilsiktete og samvirkende tjenester eller langvarige og koordinerte tjenester blir brukt om hverandre i denne studien.

# Kapittel 2 Kunnskapsrammen

## 2.1 Innledning

Til denne studiens formål er det gjennomført litteratur søk i nasjonale og internasjonale søkebas<sup>2</sup> på nøkkelord i ulike sammensetninger som *individuell plan, overgang til voksenliv, ungdom, funksjonshemming, funksjonsnedsettelse, sammensatte behov, utsatte barn, barnvern, ettervern, tverrfaglig og tverretattlig samarbeid for barn og unge, brukermedvirkning for barn og unge og tjenestetilbud til barn og unge*.

Internasjonal empiri kommer fra britisk, amerikansk, kanadiske og svenske erfaringer med individuelle planer eller planarbeid. Norske erfaringer for bruk av IP kommer fra blant annet Statens kunnskaps – og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), utgitt i perioden 2002 – 2006) og gruppe for kvalitetsutvikling i sosial – og helsetjeneste (GRUK). Rehab – nor er en kunnskapsbedrift som søker brobygging mellom moderne forståelse av rehabilitering og praktisk metodikk, rutiner og organisering av tjenester. Rehab – nors undersøkelser er også innlemmet i kunnskapsrammen. Individuell plan – et sesam sesam? (Thommesen, Normann, & Sandvin, 2008) er en fagbok om erfaringer i bruk av IP. Undersøkelsen ble gjennomført i 2003 og metoder som ble brukt var intervju og samtaler med brukere (i ulike aldersgrupper), pårørende, tjenesteytere og administrativt personale. Denne boken er den første (og foreløpige eneste) læreboka skrevet om IP. I tillegg har Kjellevold (2005) skrevet om retten til IP. I Askheim, Andersen, & Eriksen (2006) inneholder en fagartikkel om individuell plan.

## 2.2 Internasjonale erfaringer om organisering av tjenester

Lignende planer som individuelle planer har vært brukt som metode for å nå mål siden slutten av 1950 – tallet og begynnelsen av 1960 – tallet i Nord – Amerika (Lorentzen & Berge,

---

<sup>2</sup> De søkebasen som er brukt er blant annet: vitenskapelig internett søk gjennom Google Scholar, Scirus for scientific information only og institute best of the web. Fagområder som er benyttet er funksjonshemming og samfunn, sosialt arbeid og helsevitenskap. Ressurser via disse områdene er fagdatabaser og eller tidsskrifter som NORART, SVEMED, helsebiblioteket med videre. BIBSYS har vært en sentral kilde å søke i, til bruk i denne studien. BIBSYS hadde 24 treff i nettressurser samt i elektroniske bøker, 119 treff i bøker, 17 treff på master – og hovedoppgaver og 19 studentoppgaver i januar 2009. Søk i en database som FORSKDOK ga 95 treff på IP i samme tidsperiode. Av disse var 9 bøker evt. revidert form eller kapitler i bøker tilknyttet IP. Videre var det 18 rapporter, 12 artikler i tidsskrifter, 50 foredrag/forelesninger/konferanser, 2 masteroppgaver, 3 annet(uspesifisert formidling) og en doktoravhandling.

2006). Goal Attainment Scaling (GAS) er en slik metode som ble introdusert innenfor psykiatri (på eng. "the Community Mental Health Movement"). Denne metoden tok sikte på å kartlegge effekten av tjenester og tiltak som hjelp for å oppnå mål. Hensikten var todelt; (1) for at tjenesteytere arbeidet i samme retning og mot felles mål, men også (2) for å vurdere effekter av tiltak. Metoden GAS ble brukt på andre tjenesteområder også som rehabilitering, helsetjenester, pleie – og omsorg, utdanning m.v. Videre har det blitt utviklet reformer som Case Management og New Public Management (NPM) for struktur – og organisasjonsendringer i det offentlige systemet. NPM er styrings - eller ledelsesform som er hentet ut ifra markeds – og bedriftsorientert tenkning (Baldersheim & Rose, 2000).

I Nord- Amerika, Canada og Storbritannia har man i dag betegnelser som "care plan", "care-planning", "person-centred care or planning", "care management" for begrep som individuell plan og arbeid med individuelle planer. Disse planene er resultat av nesten 30 års dialog og undersøkelser. Planenes opprinnelse spores til endringer som skjedde tidlig på 1970-tallet som del av en retning mot "normalisering". Det vil med andre ord si når institusjoner (asyler) for utviklingshemmede begynte å avvikles og tilbakeføring til et ordinært liv utenfor institusjonene (Dowling et al., 2006). Man kan også spore trenden for IP i arbeidet til Carl Rogers (1958) og hans tilnærminger til en "client-centred" psykoterapi (i Dowling et al.).

Tidlig på 1990 – tallet kom ideen om care management (det som er tilnærmet arbeid med individuelle planer i Norge) som en del av den britiske regjeringens helse – og sosialtjenestereformer (SSI/SOSWSG 1991; Øvretveit, 1993). De sentrale prinsippene handlet om styrking (empowerment) for brukere og deres tjenesteytere. Prinsippene er grunnlagt ut fra befolkningens vurderinger, intervensjon, undersøkelse og gjennomgang, individuelle skreddersydde tjenester som er grunnlagt ut i fra behov, tverretatlig samarbeid på alle organisasjonsnivåer, kontinuitet av omsorgstjenester og en kontaktperson for hver bruker. Et viktig underliggende prinsipp var å muliggjøre den enkeltes ønsker, behov og preferanser gjennom støtte, måloppnåelse eller muliggjøring fra tjenester. Prosessen i "care management" hadde sju stadier<sup>3</sup>. Koordinerte tjenester eller care coordination på engelsk, refererte til menneskeartens behov for ulike og koordinerte tjenester til den enkelte og andre grupper i befolkningen.

---

<sup>3</sup> Offentlig informasjon, opplegg eller nivå for videre henvisninger om individuelle vurderinger, vurdering av individuelle behov, individuelle planer (care planning), implementere individuelle planer, undersøkelser og gjennomgang (SSI/SOSWSG 1991). Prinsippene og prosessen i care management ble blant annet videre fulgt opp i tjenester for barn med funksjonsnedsettelse gjennom det britiske helsedepartementet i 1991.

I 1994 kunngjorde det britiske sosialdirektoratet i sin rapport at funksjonshemmede barn må involveres i langvarige og koordinerte tjenester (SSI 1994). Rapporten belyste blant annet behovet for opplæring av tjenesteytere for å involvere funksjonshemmede barn i deltakelse i deres egne individuelle planer (SSI 1994).

I den svenske evalueringsrapporten fra Socialstyrelsens utviklings- og informasjonsprosjekt ”Individuell plan på den enskildes villkor” (Socialstyrelsen, 2002) framheves det hvor betydningsfull den enkelte brukers deltakelse er i utformingen av IP. IP er et verdifullt verktøy for den enkeltes opplevelse av overblikk, følelse av sammenheng og innflytelse på sin egen livssituasjon (Piotrowska, Befring, Talseth & Veia, 2005).

## **2.3 Erfaringer fra Norge om individuelle planer**

For 10 år siden gjennomførte Rehab – Nor (Berge, Lorentzen, & Smebye, 2000) et foreløpig utviklingsprosjekt. Prosjekt tok utgangspunkt i ”Rehabiliteringsmeldingens” sentrale nasjonale visjoner og mål for rehabilitering (se kapittel 3.4). Følgende hovedutfordringer ble oppsummert:

- Helhetlig samhandling ut fra felles ideologi
- ”En bruker – en plan”
- Kommunikasjon og informasjonsflyt
- Utvikling av koordinatorrollen
- Målavklaring når bruker ikke har ”egen stemme”

Individuell plan et sesam – sesam? (Thommesen, Tveit Sandvin, & Normann, 2008) omhandler pionerundersøkelsen utført i 2003 og tilleggsmateriale.<sup>4</sup> Thommesen et al., (2008) sin studie handlet om erfaringer fra brukere (i alle aldersgrupper), pårørende og fagfolk. De ansatte (fagfolk) hadde i mindre grad fokusert på lovhjemlingen. De var mer opptatt av samspillet mellom de personlige koordinatorene og brukerne av koordinerte tjenester samt at dette er en måte alle ansatte i kommunen skal jobbe på (Thommesen et al.).

Lorentzen & Berge (2006) viser til en konklusjon hvor brukerne utløste sine ressurser gjennom å bli sett og hørt ved bruk av IP. De involverte i planen hadde også felles

---

<sup>4</sup> Tilleggsmateriale er nyere offentlige dokumenter (omtale og iverksettelse av IP), rapporter (Helsetilsynets tilsynsrapporter), forskningsresultater, (og utredninger tilknyttet IP) fylkesmannens informasjon om individuell plan i kommunene, bruken av klagerett og funksjonshemmedes fellesorganisasjon sitt rettighetscenter som tar imot henvendelser om IP.

målsettinger. På den annen side viste Lorentzen & Berge (2006) til at det var ikke alle brukere som hadde samme opplevelse som beskrevet ovenfor.

## BRUKERERFARINGER FOR BARN, UNGE OG UNGE VOKSNE

Brukernes tilfredshet med individuelle planer er størst i kommuner hvor man har arbeidet målrettet med forankring, utvikling av felles verdigrunnlag, opplæring av koordinatorene, samt utvikling av felles rutiner mellom kommune – og spesialisttjenesten. Forskning viser dessuten til at IP er et for spinkelt verktøy uten felles tenkning, undervisning, rutiner, samt fordeling av ansvar og oppgaver i systemene som er involvert (Konsmo & de Vibe, 2006).

Den kvalitative undersøkelsen som Lorentzen og Berge (2006) gjennomførte om brukererfaringer og individuell plan er hentet fram gjennom dybdesamtaler, med støtte i samtaleguide utviklet for formålet. 38 personer av ulik alder, kjønn og årsaksbakgrunn deltok i undersøkelsen og samarbeid med 13 kommuner i 5 fylker. De fleste informantene hadde sammensatte funksjonsnedsettelse, psykisk/kognitiv svikt eller psykiatrisk lidelse/rus og adferdsproblemer. Den største aldersgruppa var blant barn, ungdom og unge voksne. Undersøkelsen viste til at det liv som gir livskvalitet og mening for den enkelte gjelder å fremme egen mestring og deltakelse. I så måte kan individuell plan være en kraftfull tilnærming for å oppnå slike mål. Eksempler i fra undersøkelsen viste også til at egne drivkrefter hos brukere ble utløst gjennom å føle seg sett og imøtekommet. De involverte parter fulgte opp og rettet innsatsen mot felles mål som handlet om brukerens mål. På den annen side viste undersøkelsen også til brukere som *ikke* hadde samme opplevelse som nevnt ovenfor.

Mange brukere ønsker mer generell informasjon om IP (dvs. muligheter, begrensninger, rettigheter) som handler om ulike oppfatninger om roller og holdningsforståelser mellom brukere, fagfolkene og ledelsen. Ansvarsgrupper og IP var vanlig praksis i de fleste kommunene og opplevelse av ansvarsgrupper i fra informantene varierte mye. Noen få var klart positive, mens noen andre kunne oppleve ansvarsgruppa som ubehagelig og/eller helt bortkastet. Dette var brukere som følte seg overkjørt eller når det svikter med oppfølging og iverksetting. Undersøkelsen viser til at en del kommuner står overfor flere utfordringer for at arbeide med IP skal oppleves meningsfullt, og for at potensialet i IP som arbeids – og dokumentasjonsmåte skal bli virkeliggjort (Lorentzen og Berge, 2006).

Mange fagpersoner gjennomfører mye godt arbeid viser Lorentzen og Berge (2006) til. Imidlertid vises det også til i undersøkelsen at mye bra arbeid kunne vært bedre om rammene og støtten fra systemet hadde vært bedre. En del kommuner stor overfor flere utfordringer for at IP -arbeidet skal oppleves meningsfullt, og ha den nytteeffekt som ligger i mulighetene i følge undersøkelsen. For å lykkes i arbeid med IP er det forhold som felles forstått verdiforankring, ledelse, klarlegging av rolleforståelse, legitimitet, rom og tid til å arbeide annerledes, plassering av ansvar og oppgaver, felles metoder, rutiner, samarbeidsrelasjoner, støtteverktøy i praktisk arbeid, dokumentasjonsverktøy, forankring i kvalitetshåndbøker, systematisk opplæringsprogram. Det er også viktig at det vises forståelse for at endringsprosesser tar tid.

IP – arbeide representerer tilnærminger som kan fremme egne ressurser, egen mestring og deltakelse i samfunnet. Det er en viktig tilnærming for å fremme livskvalitet hos dem det gjelder, og vil spare samfunnet økonomisk. I følge Lorentzen og Berge (2006) er det et stort gap mellom de betydelige gevinstene av IPs ”måte å arbeide på” og satsningen for at kommunene kvalifiseres til å arbeide slik.

#### ERFARINGER MED IP OG OVERGANG TIL VOKSENLIV

Arbeidet med å utvikle tilbud til ungdom er de seneste år gitt større oppmerksomhet (Sandstrand, 2007). I 2006 kom det blant annet tilsynsrapporter<sup>5</sup> fra Statens helsetilsyn som avdekket at tjenestetilbudet til ungdom var mangelfullt i kommuner og helseforetak, både på individ og systemnivå. I denne delen av tjenesteytingen er det et stort forbedringspotensial. De nedslående resultatene vitner om at retten til IP medfører stor utfordringer både for kommuner og helseforetak. Det er en komplisert oppgave å planlegge og å koordinere tilbudet på tvers av etater og tjenestenivåer. De som skal være koordinatorene trenger støtte og opplæring for å mestre oppgaven, og det er et lederansvar å sørge for at forholdene legges til rette. Det er nødvendig å utvikle gode prosedyrer og systemer, ikke minst i forhold til det viktige samarbeidet med barnas og ungdommens familier. Man må utvikle en kultur som støtter opp under koordineringsarbeidet (Konsmo & de Vibe, 2006). Unge i slutten av tenårene er spesielt utsatt ettersom deler av den offentlige tjenesteytingen er aldersrelatert.

---

<sup>5</sup> Samlerapport fra landsomfattende tilsyn 2006 i Aust- og Vest-Agder: Habiliteringstjenester til barn i helseforetak og kommuner 2006. Samlerapport fra landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn Nordland, Troms og Finnmark 2006. Samlerapport etter tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer (2006). Samlerapport etter tilsyn med habiliteringstjenesten til barn (2006).

Videre representerer tjenestetilbudenes aldersavgrensninger utfordringer i forhold til å yte individuelle, sammenhengende og koordinerte tilbud. Hovedmålet med prosjektet var å utvikle og prøve ut en arbeidsmodell som gir barn og unge med sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset, koordinert tjenestetilbud forankret i IP (Konsmo & de Vibe).

Det er i dag ingen entydig instans som i utgangspunktet har ansvar for å sikre gode overganger fra et "tjenestesystem til et annet" eller for å introdusere nye hjelpeinstanser knyttet til for eksempel bolig og arbeidsmarked. Når det gjelder planlegging i et livsløpsperspektiv er det heller ikke viet stor oppmerksomhet. Nasjonale prioriteringer for ungdommens rettigheter handler om at offentlige dokumenter og økonomiske virkemidler gir uttrykk for økt oppmerksomhet omkring et helhetlig perspektiv på tjenesteyting rettet mot unge. Det påpekes særlig de utfordringer som tjenesteytende instanser står overfor når det gjelder ungdom i overgang til voksenliv.

Winsvold & Solberg (2009) og DUE - prosjektet<sup>6</sup> viser hvor avgjørende medvirkning er for de som behøver tjenester fra det offentlige, og hvor viktig det er med ansatte som både lytter og bryr seg. Dette gjelder både for å skape motivasjon og for å få til en mest mulig oppbyggende (konstruktiv) praksis. Det gjelder også i forhold til behovet for tilretteleggelse og voksne støttespillere.

## ERFARINGER MED BRUKERMEDVIRKNING FOR BARN OG UNGDOM

Grut (2007) viser til at brukermedvirkning (samarbeid med brukeren) er en grunnleggende forutsetning for et kvalitativt godt arbeid. Aktørens vilje til å utforme individuelt tilpassede tjenester påvirker samarbeidet. IP og ansvarsgrupper er verktøy som kan legge til rette for og stimulere brukermedvirkning samt å strukturere arbeidet i organisasjonen. Det kan også gjøre det enklere for brukeren å forholde seg til tjenesten(e).

Barn og unge med tilknytning til hjelpeapparatet har andre erfaringer enn barn flest. Barnas relasjon til hjelpeapparatet gir de unike erfaringer. *Barna står overfor store utfordringer, og forskning har vist at blant annet barn i barnvernet i veldig liten grad har blitt hørt, informert*

---

<sup>6</sup> Gjennom DUE- tiltaket (DUE = Der Ungdommen Er) i regi av Bergen kommune har ungdommene ulike erfaringsbakgrunn, differensiert problematikk, og ulike utfordringer. DUE – tiltaket skal i samarbeid med barneverntjenesten og sosialtjenesten bidra til å gi utsatt ungdom mellom 16 og 25 år et fleksibelt og tilgjengelig tilbud i eget nærmiljø, og tilrettelegge bedre overganger mellom ulike tjenester innad i kommunen, og mellom statlige og kommunale tjenester. Ungdomsprosjektet baserer seg på systematisk arbeid ut ifra ungdommens tiltaksplan, evt. IP, og bruk av ansvarsgruppe



*eller medvirket i beslutningsprosesser (Skivenes & Strandbu 2005 s, 23). Forklaringer som er gitt er at man har få ressurser tilgjengelige, svake organisatoriske strukturer og retningslinjer, manglende kunnskap om hvordan man kan inkludere barn, og opplevde motsetninger mellom det å beskytte og la barna få ansvar (Skivenes & Strandbu 2005 s, 24-25). Videre viser forskning til at medvirkning for brukere av det offentlige hjelpeapparatet er avgjørende for at vedkommende tydelig skal få uttrykket hva slags hjelp han eller hun ønsker og hvilke behov han eller hun opplever. Følgene av ikke å få delta eller at deres behov ikke blir tatt hensyn til kan føre til maktesløshet som igjen kan føre til passivitet (Thrana 2008 s, 25). Forskning på mestring og motivasjon viser til at det er viktig å ha kontroll og innflytelse i eget liv. Hvis man selv opplever at man kan påvirke de forholdene man lever under, øker evnen til å takle motgang. Det stemmer overens med Anita Skårstads (2006) oppsummering av de viktigste funnene i hennes kvalitative studie om ungdom med tiltak fra barnevernet. Hvor klare ungdommen er for å starte en selvstendig tilværelse handler om indre (mestring) og ytre (overgang til en selvstendig tilværelse) endringer. Blant annet viser Skårstad til indre motivasjon, medvirkning og opplevelse av sammenheng og hvordan ungdommene forberedes til en selvstendig tilværelse i hjelpeapparatet.*

Derfor er planlegging et nøkkelord når det handler om å skape de rette rammene for forskjellige barn og unge. Alle skal kunne føle seg godt tilpass og være seg selv. De fysiske rammer skal imøtekomme alle uansett funksjonshemming.

For at opplevelse av medvirkning for barn og unge skal virke meningsfullt, er det avgjørende at innflytelsen er reell, uansett hvilket nivå den er på.

Det største hinderet mot at barn og unge involveres i reelle beslutninger, når det er ønsket, er at de som skal dele makten setter spørsmålstegn ved barnas kompetanse og modenhet. Det er ulike grunner til at de gjør det. De kan ha et ønske om å beskytte barnet, det er tidkrevende å involvere dem, og det er arbeidskrevende. Dessuten vil en slik deling av makten nødvendigvis føre til at de som har makt må gi fra seg noe kontroll.

Å stimulere til medvirkning er en måte å styrke barns sosiale og kulturelle verdi. Årsakene til at barn skal involveres i bestemmelser som angår dem er tungtveiende, og de ligger på flere plan. En reell deltakelse vil høyne kvaliteten på beslutningsprosesser, og dermed forbedrer aktiviteter og tilbud slik at de samsvarer mer med det unge mennesker trenger og ønsker seg. Det vil også fremme beskyttelsen av barn, styrke dem og fremme barns selvfølelse (Myrvold, Haaland & Holm – Hansen, 2007). Gjennom sin godkjenning av FNs barnekonvensjon har de

nordiske landene, og selvstyre områdene, påtatt seg å legge til rette for unge menneskers deltakelse i vid forstand. Det innebærer at også denne delen av befolkningen kan få ta del i utviklingen og styrkingen av det virkelige demokratiske samfunn.

Helsedirektoratet fikk tilbakemeldinger om at under arbeidet med handlingsplanen habilitering av barn og unge (Lerdal, 2009) har helsemyndighetene og hjelpeapparatet ennå en vei å gå i forhold til å praktisere reell brukermedvirkning på individ og systemnivå.

#### ERFARINGER OM SAMARBEID I TJENESTEAPPARATET

Fuglestad & Ekker (2001) har vist til at ulike verdier, normer, og problemoppfatninger hemmer samarbeidet mellom barnvern og andre etater. Samarbeid kan også bli hemmet av ikke å kjenne godt nok til hverandres kompetanse. Derfor kan utveksling av informasjon og kompetanse være viktig for å fremme samarbeid (Andersson, Røhme & Hatling, 2005).

Å utvikle de ansattes samarbeidskompetanse er nødvendig påpeker Faldet (2004) i en studie om det tverrfaglige barne-, og ungdomsarbeidet i kommunene. Konklusjonen i studien var en nødvendighet for holdningsendring hos de ansatte, og videre at det er behov for en utvikling av kompetansen vedrørende samarbeid og kommunikasjon.

Samlokalisering av tjenester samt nærhet i organisering av tjenestene bidrar til at omfanget av kontakt og samarbeid kan bli bedre i Andersson et al., (2005), Østveiten (1996) & Gylseth (2004). I Lerdal (2009) viste funnene til at ikke alle kommuner tilrettelegger for nødvendig samarbeid, og mange følger ikke opp om tilretteleggingen etterleves.

Når det gjelder samarbeid om barn og unge skjer det i liten grad at kommunen gjennomgår sine tjenester for å forebygge og følge med på svikt samt bruke erfaringer til forbedring. Det legges heller ikke til rette for nødvendig opplæring av ansatte. Manglende oppfølging og kontroll av egne tjenesters samarbeid i kommunene kan føre til at barn og unge ikke får rette tjenester til rett tid.

#### ERFARINGER FRA SAMARBEID OG SAMHANDLING VED BRUK AV IP

En undersøkelse avdekket at ansatte i tjenestene i stor grad hadde sammenfallende oppfatninger på spørsmål om IP er et fordelaktig virkemiddel for samarbeid (Andersson & Steihaug, 2008). Flere mente at IP kunne være nyttig for brukerne, samt bidra til mer ryddighet, at IP kan skjerpe samarbeidet, at IP kan forhindre tjenestene arbeider parallelt og at

IP kan synliggjøre ansvaret. At arbeidet med IP er ressurs – og kompetansekrevede var det også enighet om.

I Grut (2007) var målet for undersøkelsen å beskrive faktorer som har betydning for, og positivt påvirker, samhandlingen i tjenesten for barn, unge og voksne med psykiske lidelser. Det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet, bruk av IP på individnivå samt bruk av samarbeidsavtaler på systemnivå som ramme for samhandlingen er det rettet spesiell fokus mot. 57 intervjuer av fagfolk (i rapporten beskrives informantene i vedlegg II) ble gjennomført semi - strukturerte. Informantene rapporterte om både gode og tilbakeholdne erfaringer med IP. Brukere som har behov for sammensatte tjenester er hovedreglen for at IP brukes sier informantene. Informantene erfarte også at mange brukere ikke vil ha IP, selv om IP er bra for ”hjelperne i det tverrfaglige teamet”. I en kommune ble IP kun brukt overfor en bestemt gruppe ungdommer; fysisk funksjonshemmede ungdommer. Både ansvarsgruppe og IP kan bidra til at arbeidet struktureres og formaliseres og dermed lettere for å håndtere kompleksitet. Andre informanter påpekte betydningen av at involverte tjenester ansvarliggjøres og på den måten unngår dobbeltarbeid. Mens andre igjen viser til evaluering av framgang for brukeren, klargjøring av oppgaver og arbeidsdokumentasjon.

## OFFENTLIGE UNDERSØKELSER OG DOKUMENTER

I 2008 hadde Helsedirektoratet fokus på å innarbeide IP i samvirkende og helhetlig tjenesteordning. Dette arbeidet har utgangspunkt i nasjonale planer som Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008 – 2011), Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial – og helsetjenesten (2005 – 2015) og Nasjonal helseplan (2007 – 2010). Retten til og ønsket om en IP skal være en målsetting.

I 2009 oppsummerte Bakke(2009) innspillene fra helsedirektoratets konferanser<sup>7</sup> om IP slik: *brukerne må bli sett, hørt og verdsatt*. Dessuten må koordinatorrollen løftes fram samt at IP må forankres på politisk administrativt nivå og systemansvaret må være på plass. Opplæring av både brukere og koordinator bør settes i system og kan tilhøre koordinerende enhet.

Relasjonen mellom koordinator og brukeren bør tillegges stor betydning. Arbeidet med IP innebærer mer enn å lage et plandokument – det handler om dialog, tillit, samarbeid og refleksjon. Erfaring og forskning har vist at om relasjon oppleves som god, så oppfattes også

---

<sup>7</sup> Helsedirektoratets seks regionale konferanser om individuell plan i 2008. Til sammen deltok ca. 1200 fagfolk, brukere, byråkrater og politikere.

planarbeidet og selve planen som god (Helsedirektoratet, 01/2009). Dessuten viste rapporten til undersøkelser som viste til at de som har IP som regelmessig er i bruk, er mer fornøyd med tjenestetilbudet enn de som ikke har IP. Og de som har en IP som ikke er i bruk, er mest misfornøyd. Helsedirektoratets rapport la fram flere momenter for betydningen av IP hvorav ett lød slik: IP er et godt verktøy for å sikre overgangen når brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester går fra å være barn til ungdom, og fra ungdom til voksen. Disse overgangene er spesielt sårbare perioder (Helsedirektoratet, 01/2009).

Andevig<sup>8</sup> (2006) sier noe om hva som fungerer med IP. Det ene er rett og slett at IP er et nyttig verktøy når det fungerer! En annen funksjon er at IP gir oversikt og bidrar til skriftlig dokumentasjon som synliggjør mål, tiltak, ansvar og ressurser. Dessuten bidrar IP til å bedre kommunikasjonen.

## SAMPLERAPPORT OM IP

Grut (2008) oppsummerer erfaringer i bruk av IP ved hjelp av litteraturoversikt og offentlig dokumentasjon. Dokumentasjonen som rapporten bygger på, viser til en positiv utvikling når det gjelder kjennskap til og formålet med IP. Det er fremdeles liten dokumentasjon om erfaringer med selve arbeidsprosessen rundt en IP. Det er store variasjoner i hvilke tiltak og tjenester som inngår i IP og hva som blir vektlagt i planarbeidet. Videre henvises det til at planens juridiske status er problematisk fordi planen ikke medfører rettslig krav på tiltakene. Det kan føre til at tjenestemottakerne blir lite motivert for å ta i bruk IP. Dessuten kan det oppfattes slik at IP ikke er forpliktende for tjenesteyterne.

## STATISTIKK

Bruken av IP er mest utbredt blant barn med psykiske problemer. Blant annet så hadde 25 prosent av brukerne under 16 år med psykiske vansker en IP ved helsestasjonen og ved PP-tjenesten (Andersson et al., 2005).

Utarbeidelse av IP har skjedd hos mange tjenestemottakere, men det mangler tall på hvor mange brukere som har behov for IP og de som ikke får det. Nasjonale tilsynsrapporter og kartlegginger påviser store muligheter for forbedringer i det individuelle planarbeidet.

---

<sup>8</sup>Rapporten bygger på dokumentasjon fra dialogkonferanse om individuelle planer for barn og unge i regi av Fylkesmannen i Vestfold, barne – og ungdomspsykiatrien(BUPA) og fagutviklingsenheten i Psykiatrien i Vestfold HF.

En annen interessant tilsynsrapport<sup>9</sup> viser til at de (150 brukere) som hadde fått vedtak om tjenester ble det bare brukt 30 individuelle planer selv om langt flere av brukerne hadde behov for en IP etter lov - og regelverk (Bakke, Vege & Oterholt, 2007). I denne kommunen kunne man ikke dokumentere hvor mange tjenestemottakere som hadde rett på IP samt kjennetegn på og mangel på felles oppfatning eller forståelse på IP. Dessuten var det uklare forhold rundt ansvaret for å vurdere å igangsette utarbeidelse av IP. I flere kommuner vektla ledelsen i for lite grad til rette for og styre arbeidet i IP. Koordinatoren med sin ansvarsrolle ble heller ikke utpekt. Kommuner og helseforetak er kommet godt i gang i arbeidet for IP, likevel synes det en lang vei å gå før IP virker etter hensikten og dermed også dets rettighet.

---

<sup>9</sup> Veien til IP – VIP. Et 3 - årig prosjekt/samarbeid mellom sykehuset Telemark HF, Skien kommune og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Resultatet av prosjektet er dokumentert i rapporten ” Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt...”. (Bakke, Vege & Oterholt, 2007).

## Kapittel 3 Teoretisk tolkningsramme

I litteraturgjennomgangen vil følgende perspektiver framlegges:

- Individuell Plan (IP)
- Brukermedvirkning
- Tverrfaglighet og tverrfaglig samarbeid
- Funksjonshemming, forståelser og modeller
- (Re)habilitering
- Overgang til voksenliv – og voksentjenester

Perspektivene danner utgangspunkt for å beskrive bruk av IP for ungdommer med behov for langvarige og koordinerte tjenester – i overgang til voksenliv.

### 3.1 Metodeverktøyet individuell plan

Individuell plan (IP), planprosessen, planarbeid, IP – arbeid er kort fortalt en metode og et verktøy. Individuell plan er med andre ord en måte å arbeide på og gjelder ikke bare for personer med langvarige og sammensatte behov (Lorentzen og Berge, 2006). Et konkret verktøy i planprosessen, er å planlegge tiltak og tjenester samt å samkjøre tiltak og tjenester i et helhetlig og langvarig perspektiv. Andre konkrete verktøy eller metoder er brukermedvirkning og (tverrfaglig) samarbeid i planprosessen. IP er mer en prosess enn at planen er et sluttprodukt.

Hva IP er og hensikten med den står beskrevet i Forskrift om IP § 2 (2005) etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven:

*”planen skal være et verktøy og metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det skal til enhver tid være en tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt mellom brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren. Initiativet til å få laget en slik plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet.”*

Dette innebærer videre at retten til å få utarbeidet IP skjer gjennom samtykke for de som velger å ha en slik plan (§ 5 i Forskrift om IP) samt at taushetsbelagte opplysninger gis til deltakerne etter samtykke fra bruker. Man har rett til å klage ut ifra gjeldende lovverk (om IP)

hvis en mener planen ikke er fordelaktig for ham eller henne det gjelder for. God informasjon om hva IP er og hva det innebærer er sentralt i denne sammenheng.

Rett til IP betyr at bruker får faglig forsvarlige tjenester som er vurdert ut fra behov og dertil egnede tiltak. Vilkår for å få rett til IP kan også falle inn under (faglig) skjønn. Det er et sentralt at planen har felles forståelse og målsettinger fordi tjenestene eller tiltakene må virke samordnede slik at tiltakene opererer i en helhetlig kontekst. Tjenester utgår fra kommunens ressurser i IP (å få innvilget IP er et vedtak i seg selv, men ikke dets innhold av tjenester og tiltak); allikevel skal brukers meninger vektlegges.

Retten til IP og plikten til å utarbeide til IP ble først hjemlet i 2001 i kun helselovgivningen og IP har ekspandert til å gjelde i flere lover slik at IP i dag fremstår som en gjennomgående måte å arbeide på (vedlegg:1). I arbeid med IP ivaretas rettsikkerheten gjennom lovgivning om taushetsplikt, samtykke og klageadgang. Disse reglene står i forvaltningsloven og særlovgivningen (helse – og sosiallovgivningen) samt i forskrift om individuelle planer. (vedlegg:1).

Det er hovedsakelig kommunene; systemadministrasjonen (forvaltning) og helseforetak som har ansvar for å initiere utarbeidelse av IP. Det er fordi det er i kommunene borgere (innbyggere) bor og kommunen kan ha bedre forutsetninger for å oppnå et helhetlig og samvirkende tjenestetilbud. I følge lovgrunnlaget har det offentlige system i ulike nivåer, etater, sektorer samt tjenesteutøvere, plikter og ansvar for utarbeidelse av IP. Koordinator har en sentral rolle som innbærer å koordinere tiltak og tjenester samt har oversikt over den interne organisering og byråkrati i kommunen. En koordinerende enhet i kommunen har det overordnede ansvaret for IP. Denne enheten har en sentral rolle i og sikre samhandling på tvers av nivåer og sektorer. Enheten foretar også generell opplæring, informasjon, opplæring og veiledning av koordinator med videre.

Det er verken bruk av skjemaer, maler eller ansvarsgrupper som er obligatoriske for å utarbeide IP. Det er imidlertid utviklet både bruk av maler og ansvarsgrupper. Det kan være hensiktsmessig å utarbeide planprosessen ved hjelp av skriftliggjøring (skjemaer, maler). Skriftliggjøringen kan sidestilles som et rettsikkerhetsdokument for evt. klagerett. Intensjonen er imidlertid at planprosessen og plandokumentet skal være fleksibel, både i innhold og form. (Askheim, Andersen & Eriksen, 2006). En ansvarsgruppe kan bidra til gode samarbeidsforutsetninger. Det kommer an på situasjonen og sammenhengen for bruker først og fremst, men også for pårørende og yrkeshjelperne.

IP er en forholdsvis ny fremgangsmåte å tilnærme brukere et bedre kjennskap til systemet når de trenger bistand fra hjelpeapparatet. IP skal bidra til å bedre innflytelse over sine tjenester (over sin situasjon/tilværelse) og for samarbeid med tjenesteapparatet. For å utvikle nye arbeidsmåter eller metoder kan en individuell plan virke som en kostbar affære å utføre i det norske offentlige system. Selv om det i oppstartfasen av ”noe” nytt kan virke dyrt, trenger det i lengden ikke å være slik. Det kommer an på opplæringsfasen for yrkeshjelpere som skal utøve IP. Det innebærer at man bør bruke tid og penger på noe som den norske stat har vært lovgivende i å utføre; i denne sammenheng IP og dets formål. Hensikten med IP er jo individuelle tilpassede behov for tjenester som er helhetlige og koordinerte, i samarbeid med yrkeshjelpere. Med andre skal IP virke som en plan, - prosess, - ordning, - metode, - arbeidsmåte, -verktøy, -styring, organisering av tjenester osv.

IP kan med fordel brukes i overføringsordninger i de saker hvor overføring skjer fra barneverntjenester og til helse, sosial – og velferdstjenester. Det vil si at planprosessen inneholder prosesser som virker inn på hverandre. Prosessene er å kartlegge, planlegge, utføre, evaluere og justere kontinuerlig, så lenge behovet for samvirkende tjenester gjør det nødvendig (Askheim, et al., 2006).

Gangen i planarbeidet kan aldri bli helt like for ungdommene. Grunnen til det er at behov og ressurser fortoner seg ulikt for den det gjelder. (Askheim, et al.). Individuell plan har egenskaper som skal gi et helhetlig bilde på individets behov, ressurser, interesser og særtrekk. Dette handler videre om samarbeid som fører til felles forståelser for å oppnå mål etter behovsvurdering. Hensikten er at brukeren forsterker sin kontroll over livssituasjonen og levekårene gjennom mestring, identitetsfølelse samt deltakelse og inkludering i samfunnet. Dermed vil deltakelse og innflytelse for bruker være et sentralt element for utvikling av IP.

## LIVSPLAN

IP er en type utredning som omhandler en persons livshistorie (biografisk og personlig del), livssituasjon, å legge vekt på framtidige gode og utviklende livsbetingelser i følge Stubrud, (2001). IP tar delvis utgangspunkt i utredningstyper som individ - og økologiske utredninger. Individutredninger er knyttet til diagnostikk, behandling og diagnoseklassifikasjonssystem ([www.who.int/whosis/icd10/](http://www.who.int/whosis/icd10/)). Økologiske utredninger knyttes til undersøkelser av bistandsmiljøer, kompetanse i å vurdere bistand – og omsorgsmiljøenes evner til å bistå brukeres behov for utvikling og tilretteleggelse av både generell og spesifikk type, (Stubrud, 2001). Et økologisk perspektiv har en grunnleggende oppfatning av mennesket som en



levende organisme, eller kropp, i interaksjon (= vekselvirkning) med sine sosiale miljøer. (Gulbrandsen & Forslin, 1997). Det økologiske perspektivet kan illustreres eller sammenlignes som samspillet i et økologisk (øko)system i naturen. Økologiske utredninger vil videre omfavne vurderinger av den samfunnskulturelle konteksten som normer for god omsorg, opplæring og behandling. Dette omfatter kartlegging av fremmende og hemmende betingelser i hverdagslivet for brukere, sosiale omgivelser og deres evne til å utvikle kvalitativt gode og utviklende samværsformer i sosiale miljøer.

Det å utarbeide IP handler om systematiske undersøkelser av en brukers behov og framtidige livsbetingelser for å imøtekomme behovene. Derfor vil innholdet i en IP kunne variere fra bruker til bruker. IP skiller seg fra andre typer utredninger ved at de er framtidsrettede og ikke bare en status quo – tilstand.

Livsplaner varierer for hver enkelt av oss og som er viktig for oss. *Livsplaner skaper sammenhenger og meningsfylde som et emosjonelt forsvar mot omskiftninger og endringer av mer eller mindre uforutsigbar karakter*, (Stubrud, 2001, p. 96). Og Stubrud (p. 96) sier videre: *”min livsplan har jeg utformet selv, og den gjelder meg og mitt liv”*. En livsplan er ikke offentlige myndigheters rasjonelle helhets plan eller overordnet helhetlig plan for brukere, men en *livsplan for den enkelte bruker utarbeidet av hennes selv, men med hjelp* (ibid. s, 97). De offentlige skal i den sammenheng bistå *den enkelte brukers hjelp* til å virkeliggjøre planen. Formålet er at IP fungerer som et styringsredskap for tilrettelegging av livsbetingelser og ressursbehov som kan realisere livsmålene for personen. IP danner et utgangspunkt for en felles forståelse av brukers identitet og behov i utarbeidelser av planen.

Jeg konkretiserer ikke ordningen med IP i praksis, men henviser videre til forskriften om IP (vedlegg:1) og veileder til forskrift om individuell plan (2005;2010).

## **3.2 Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning handler om medvirkning, aktiv deltakelse, økt innflytelse samt selvbestemmelse hvor prinsippet som ligger til grunn er brukerens vurdering av sine egne behov og hvordan de bør avhjelpes.

Brukermedvirkning kan defineres slik i følge St.meld. 34 (1996-1997):

*”Brukermedvirkning betyr at den som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud”*

En annen definisjon benyttes av Norges Handikapforbund lyder slik:

*”Brukermedvirkning er en arbeidsform der enkeltpersoner eller representative organisasjoner som er eller blir påvirket av en tjeneste/tiltak skal ha innflytelse på beslutningsgrunnlaget for tjeneste/tiltaksutformingen”*

Den siste definisjon på brukermedvirkning viser at medvirkning skjer på to nivåer nemlig:

- medvirkning på individnivå
- medvirkning på tjeneste og eller systemnivå (f. eks brukerorganisasjoner)

På individnivå er selvhjelp et egnet verktøy der den enkelte kan styrke seg til å få reell medbestemmelse i egen behandling og rehabilitering, det vil si ved en aktiv deltakelse i egen hverdag.

På systemnivå er selvhjelpsforståelsen et egnet verktøy for at organisasjonene som skal medvirke, har flere medlemmer eller deltakere som kan bidra på systemnivå og skape påvirkningsmuligheter i politisk utforming av rammevilkårene.

## BEGRUNNELSER FOR BARN OG UNGES BRUKERMEDVIRKNING

Barn og unge har rett til brukermedvirkning. Barn og unges mulighet for deltakelse og medvirkning er for det første en rettighet som er forankret i flere lover. Det er nedfelt i blant annet FNs Barnekonvensjon artikkel 12, i Barneloven § 31-33, i Barneverntjenesteloven § 6-3, i Opplæringsloven § 9a og i Barnehageloven kapittel 6. Deltakelse og medvirkning bør øke når barnet blir større. Alle kommuner og helseforetak er dessuten pålagt å legge til rette for brukermedvirkning og å samarbeide med brukerorganisasjonene. Betydningen av brukermedvirkning i enkeltsaker bygger på en antakelse om at det er sammenheng mellom brukernes deltakelse og effekten av tiltakene (Slettebø & Seim, 2001). Gode samarbeidsrelasjoner kan også vektlegges av foreldre (ibid.). I følge Slettebø og Seim (2001) kan også god samarbeidsrelasjon være avhengig av at barna hadde fått tilpasset hjelp. I sosialfaglig arbeid kan det tyde på at brukermedvirkning har betydning for både prosess og resultat (ibid.).

Brukermedvirkning har for det andre et helsefremmende aspekt. Opplevelsen av at det er mulig å påvirke og forandre aspekter ved livet sitt og sine omgivelser er en viktig faktor for å holde seg frisk (Andresen, 2000). En tredje begrunnelse for brukermedvirkning er at

brukererfaringer er et viktig tilskudd til kunnskapsgrunnlaget for utvikling og forbedring av tjenestetilbudene. Barn og unge sitter inne med kunnskap som de voksne ikke har. De vet for eksempel hvorfor enkelte tilbud ikke blir brukt i det omfang de voksne hadde forventet. Det er derfor ressursbesparende og mer "treffsikkert" å bruke barn og unges kunnskap i planlegging og iverksetting av tjenestetilbud.

Det kan nok være slik at fortsatt er det kommunale tjenesteytere som avgjør hvordan og i hvilket omfang hjelpebehovene skal imøtekommes (Piotrowska, Befring, Talseth, & Vea 2005).

Da retten til IP ble innført var en viktig begrunnelse å styrke medvirkning og innflytelse hos brukerne i utformingen og tilrettelegging av tilbud for tjenester som de mottar.

## DEMOKRATISK RETTIGHET OG HELSEFREMMENTE FAKTORER

Selve begrepet brukermedvirkning trenger ikke bety en sterkere påvirkning av tjenestetilbudet. Det kan være slik at begrepet skjuler maktforhold og minker mulighetene for innflytelse ved at det går "skinn av innflytelse", mens det i virkeligheten knytter brukeren lojalt til et samarbeid der andre legger premissene. (Normann et al., 2008)

Brukermedvirkning på systemnivå er viktig for at tjenestene skal være tilpasset behov hos innbyggerne. Brukerorganisasjoner gir økte krav og forventninger til retten og muligheten for utviklingen av tjenestetilbudet. Å sikre borgerrettigheter gjennom innflytelse over kommunens tilbud blir lagt til en enhet kalt koordinerende enhet.

Innenfor norsk helsevesen står brukermedvirkning som en av de største og utfordrende reformer<sup>10</sup>.

Brukergruppen av barn og unge er stor, derfor er det ofte vanskeligere for denne gruppen å vise sine meninger, ønsker og behov overfor hjelpeapparatet. Organisasjonen Voksne for barn<sup>11</sup> har som mål å gi barn og unge økt og reell brukermedvirkning gjennom å:

- etablere et nettverk av talspersoner for barns og unges psykisk helse
- bidra til opplæring i metoder for brukermedvirkning
- dokumentere og presentere brukererfaringer og brukerkunnskap

---

<sup>10</sup> St.meld. nr. 25 (1996-97) som videre førte til Regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008. Opptrappingsplanen var en omfattende helsepolitisk satsning for styrking og utvikling av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

<sup>11</sup> Organisasjonen er en av brukerorganisasjonene innenfor feltet psykisk helse. Deres fremste oppgave er å tale barns og unges sak når og der det trengs, men også bidra til at barns og unges direkte stemmer blir hørt.

For det første har brukere en rett og en rettighet til å øve innflytelse på sin egen behandlingssituasjon. For det andre; å leve i en sammenheng som er forståelig og med mulighet til selv å påvirke og kontrollere sin egen situasjon i den retning man ønsker som er avgjørende for ens livskvalitet.

Aron Antonovsky viser til ulike faktorer som styrker og fremmer god helse gjennom sin forskning (Piotrowska, et al., 2005). Antonovskys helsefremmende "sunnhetsfaktorer" dvs. faktorer som fremårsaker frisk helse, har disse faktorer: forståelse (begripelighet) og håndterbarhet (over)for sin situasjon, meningsfullhet og sammenheng i livssituasjonen (Piotrowska et al.). Brukermedvirkning er altså en demokratisk rettighet og innehar helsefremmende faktorer. Videre omhandler brukermedvirkning erfarings – og forskningsbasert kunnskap for å ivareta det totale kunnskapsbildet.

Fagprofesjonelle kan ut ifra sitt beslutningsgrunnlag overføre det asymmetriske maktforholdet til å gi brukeren standpunkt til hvordan han eller hun ønsker dette. Dette vil føre til at negativ avhengighet vil avta og en positiv selvstendighet øke. IP kan i denne sammenheng være det verdifulle redskapet forutsatt at det blir brukt hensiktsmessig.

Piotrowska et al. (p.54) sier noe vesentlig: *"Når tjenester for barn og unge har blitt evaluert, er det nesten uten unntak foreldrenes og fagprofesjonelles mening som har vært i fokus."*

### **3.3 Om funksjonshemming, forståelser og modeller**

Forståelsen og definisjonen av funksjonshemmingsbegrepet har både endret og variert seg over tid. Ord som krøpling, vanfør, blind, åndssvak ble brukt som betegnelser for en bestemt type funksjonshemming og ordene ufør og invalid handlet om å være arbeidsufør og dermed funksjonshemmet. Ordet handikapp ble endret til funksjonshemming i offentlige norske dokumenter i 1967 (St.meld. nr. 88,1966- 67). Handikappbegrepet ble en heller negativ betegnelse og knyttet til egenskapsforklaringer ved individet. Selv om det historisk sett har vært slik at begrepet funksjonshemming sees på egenskapsforklaringer ved individet, er det i dag ulike forståelser å forstå begrepet på. Det er lagt vekt tre områder eller måter å forstå funksjonshemming. Den første er den biologisk- medisinske modellen, den andre sosiale modellen og den tredje er relasjonell forståelse. Først beskrives de ideologiske og politiske forståelser for definisjon på funksjonshemming.

## FUNKSJONSHEMMING, POLITIKK OG IDEOLOGI

Både den sosiale modellen, også kalt samfunnsmodellen og den relasjonelle forståelsen begynte å bli beskrevet i offentlige norske dokumenter siden 1967 jfr. St.meld. nr.88 (1966-67). Den biologisk-medisinske modellen stammer fra en tid hvor skille eller gapet mellom det å være arbeidsufør og arbeidsfør var to ytterpunkter. Det å være arbeidsufør betydde vanskeligheter med å forsørge seg selv, eller å bli forsørget og offentlige goder og andre offentlige virkemidler var lite utviklet. I denne sammenheng er særlig tiden etter 1967, altså tiden etter at Folketrygden kom på plass, at slike offentlige goder ble til rettigheter (og plikter) for befolkningen i Norge (NOU 2001:22).

NOU 2001:22 og St.meld. nr.8 (1998-99) beskriver funksjonshemming som en relasjonell forståelse:

*”Funksjonshemming som et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlig for etablering av selvstendighet og sosial tilværelse. I handlingsplanen for den tredje planperioden 1998-2001 er også samfunnet kommet inn: misforholdet som beskrives gjelder ”individets sitt føresetnade og krav fra miljøet og samfunnet si side til funksjon”.*

Den biologiske - medisinske modellen har fokus på sykdom og eller biologisk – medisinsk avvik hos individet. I følge dette perspektivet blir ikke omgivelsene eller samfunnet regnet som funksjonshemmede når oppfatningen om funksjonshemming ligger på individnivå. Funksjonshemmede menneskers rett til full deltakelse og likeverd/stilling i samfunnet kan være hindret fordi omgivelser eller samfunnet kan fungere som en funksjonshemming i seg selv. Politiske løsninger og strategier for funksjonshemmede mennesker (i velferdsstaten) kan være at de miljøer (for eksempel skoler og arbeidsplasser) som krever tilrettelegging, skal tilpasses all menneskelige variasjoner og dermed frigjøre funksjonshemmede mennesker fra diskriminering. I offentlig norsk politikk har det overordnede målsettingen for funksjonshemmede vært full deltakelse og likestilling siden 1981 (NOU 2001:22). Den overordnede målsettingen om full deltakelse og likestilling bygger på verdier som likeverdighet og egenverdet hos mennesker. I den sammenheng bygger politiske og ideologisk føringer på en relasjonell forståelse av funksjonshemming.

## ULIKE PERSPEKTIV PÅ FUNKSJONSHEMMING

Funksjonshemming har vært sett på som: (NOU 2001:22, St.meld. nr. 40, (2002 – 2003), Normann et al., 2008):

- En egenskap hos individet
- Tilknyttet en medisinsk forståelse
- En følge av sykdom, lyte eller andre biologiske avvik
- Fokus på funksjonsnedsettelsen og diagnosen

Den medisinske modell forstår sykdom, skade, lyte, avvik som en avgrenset bio-medisinsk tilstand som skyldes patologiske (sykdoms) faktorer. Å ha en funksjonsnedsettelse på kroppsnivå sees da som den primære funksjonshemmingen. *Sykdom og derav følgende funksjonsnedsettelser betraktes derfor objektivt og uavhengig av den enkelte person eller konteksten som personen inngår i* (Jensen, Petersen & Stokholm, 2007, p. 77).

## UTFORDRINGER FRA SAMFUNNET

På engelsk kan man oversette ordet funksjonshemming med ordet *disability* som handler om at det er samfunnet som påvirker ens funksjonshemming og *disability* sees i denne sammenheng som undertrykkelse av funksjonshemmede mennesker. Ordet *impairment* oversettes til funksjonsnedsettelse og omhandler organismens funksjoner. I offentlige bygninger og transport kan omgivelsene være funksjonshemmede slik at rullestolbrukere ikke kan benytte seg av offentlige goder som befolkningen ellers. I miljøer hvor døve bruker tegnspråk er døvheten lite funksjonshemmede. Det kommer an på situasjonen om man blir funksjonshemmet eller ikke. Dyslektikere kan oppleve ulik grad av lese – og skrivevansker i skolen, mens arbeidslivet kan fortone seg lettere å forholde seg til. Dessuten kan alle mennesker; funksjonshemmede eller ikke, oppleve fra tid til annen å bli funksjonshemmet i visse situasjoner hvor det stilles større krav til hva en kan mestre. I den sosiale modellen av funksjonshemming gjelder ikke funksjonshemmingen som egenskapsforklaringer hos mennesker, men like mye til omgivelsene og situasjonen. Derfor handler denne forståelsen om forholdet eller relasjonen mellom person og omgivelser, situasjon eller samfunn heller enn biologisk- medisinske avvik som årsak til funksjonshemming hos individet. Den sosiale modellen har som utgangspunkt at årsaken til funksjonshemming finnes i forhold som er skapt av samfunnet(funksjonshemmede barrierer). I denne forståelse vil ikke den individuelle

funksjonsnedsettelsen på kropps nivå; fysisk, psykisk eller sosialt ligge til grunn for manglende muligheter for deltakelse i hverdagslivet.

## FUNKSJONSHEMMING SOM EN RELASJONELL FORSTÅELSE

En relasjonell forståelse av funksjonshemming har fokus på forholdet mellom en persons funksjonsnedsettelse eller nedsatt funksjonsevne og miljøets og samfunnets krav. Funksjonsnedsettelse har denne forståelsen: tap av kroppens psykologiske, fysiologiske, biologiske funksjoner og sosiale funksjoner/ sosiale problemer. (Sosiale funksjoner gjelder f.eks. etter langvarig isolasjon eller sykdom (Normann et al.).

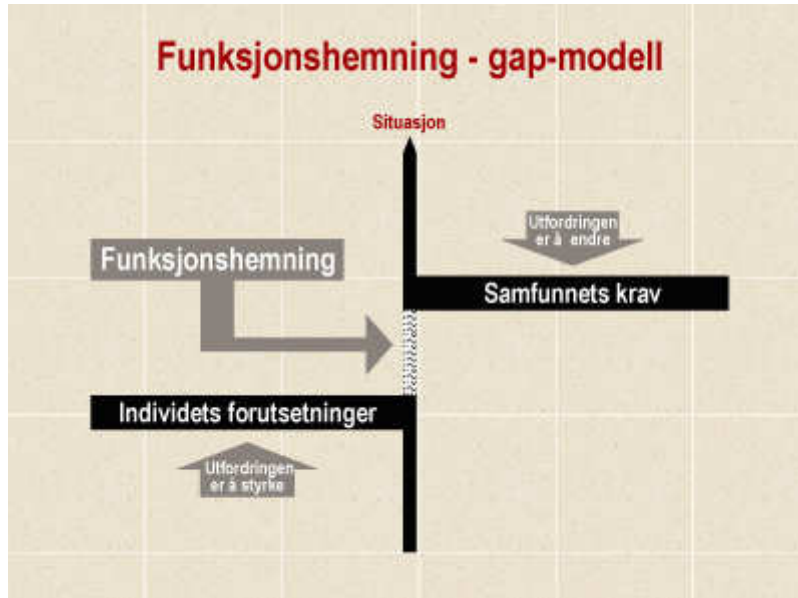
Funksjonshemming er gapet som oppstår mellom en persons funksjonsnedsettelse og funksjonshemmede barrierer (ikke alle mennesker har tilgjengelighet pga. f. eks. vei og bygningsmessige konstruksjoner, offentlig transport m.m.) slik at personen får en vesentlig reduksjon av sin livskvalitet (jfr. fig.1). I forskning, teori, litteratur og offentlige dokumenter er det lagt vekt på et skille mellom funksjonshemming og funksjonsnedsettelse for siden å minske dette skillet (mellom funksjonshemming og funksjonsnedsettelse). Dette betyr at et individs nedsatte funksjonsevne ikke automatisk fører til funksjonshemming og en slik relasjonell forståelse utfordrer den biologisk – medisinske tilnærmingen. I hvilken grad et menneske blir funksjonshemmet er avhengig av funksjonsnedsettelsen og grad av denne. Det innebærer vilkår og eller tilretteleggelse fra omgivelser og samfunn, krav som mennesker står ovenfor, situasjonsavhengig, og holdninger for ”normal” funksjonsevne fra samfunnets side og funksjonshemmede mennesker uten funksjonsnedsettelse (Normann et al.).

## SAMMENHENG MELLOM FUNKSJONSHEMMING OG REHABILITERING

Modeller i forståelser av funksjonshemming kan også knyttes til (re)habilitering (jfr.kap.3.4). Den bio-psyko-sosiale modell viser til at sykdom, skade osv. er relasjonell (fig.1) og som må forstås ut ifra en helhetlighet og omfatter hele mennesket (Jensen et al., 2007). Modellen sier også at sykdom ikke utelukkende kan relateres til en bestemt avgrenset årsaksfaktor (i motsetning til den medisinske modellen). Forklaringer henvises til likverdighet mellom bio – medisinske, sosiale og psykologiske faktorer i spill mellom mennesket og samfunnet eller miljø rundt mennesket. I en bio-psyko-sosiale perspektiv eller forståelsesramme sees mennesket som et handlende subjekt og har innflytelse på sitt eget liv og som påvirkes av sine omgivelser og kulturen vi alle er en del av. Fokuset bør være å styrke personens evner og forutsetninger og at kravene fra omgivelser, miljø og samfunnet endrer seg (NOU 2001: 22).

St.meld. 40 sier: *definisjonen av funksjonshemning er altså "relasjonell". Den tar utgangspunkt i forholdet mellom individets funksjonsevne og de krav fysiske og sosiale omgivelser stiller til den enkelte i ulike faser av livet.*

Figur 1. Relasjonell modell – GAP - modellen



## DET INTERNASJONALE HELSEKLASSIKASJONSSYSTEMET

I 2001 utga WHO (verdens helseorganisasjon som Norge er medlem av) en internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). Denne klassifiseringen er et helseklassifiseringssystem som setter hovedvekten på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene. ICF skal fremheve vekselvirkningene mellom helsetilstand, funksjonsevne og miljøfaktorer. Det er både et begrepsapparat, en klassifisering og et kodeverk; basert på en biopsykososial forståelse av mennesket.

ICF bygger på og innlemmer både den medisinske og sosiale modellen; derav begrepet biopsykososial (biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som påvirker menneskets funksjonsevne) i en sammenhengende forståelse dvs. at biologiske og psykologiske perspektiv på individet integreres med samfunnsforholdene.

Nytten av ICF kan brukes som felles rammeverk i rehabilitering, både for kartlegging, målsetting og for å klargjøre tiltak. ICF kan brukes som referanseramme der flere faggrupper skal ha felles dokumentasjon og samordning. Klassifiseringssystemet gir en oppbygning til å utarbeide mål for intervensjoner innen funksjonsområdene kroppsfunksjon, aktivitet og



deltakelse. Bruk av ICF som rammeverk for IP er spesielt nyttig for å ivareta deltakelsesperspektivet (jfr.kap. 3.2). ICF sees derfor som et redskap for brukermedvirkning og rehabiliteringsprosesser.

ICF skiller mellom begrepene funksjon og funksjonshemming på den ene siden og miljø på den andre. Denne klassifikasjonen søker brobygging mellom en sosial og bio – medisinsk forståelse og er grunnlagt av den bio-psyko-sosiale modell. Modellen står i mellom den medisinske modellen (sykdom som objektiv fenomen) og som resultat av ytre påvirkning eller samfunnsskapt problem; den sosiale modellen og dermed et kollektivt ansvar.

De etiske retningslinjene handler i korte trekk om at ICF<sup>12</sup> alltid bør anvendes med respekt for det enkelte menneskes iboende egenverd og selvstendighet.

#### OPPSUMMERING AV FORSTÅELSESMODELLENE

Den biologisk-medisinske forståelsen legger hovedvekten på sykdom, skade, lyte eller andre biologiske avvik derav oppstår funksjonshemming. Det vil med andre ord si at et biologisk avvik vil være styrende for hvordan man tolker funksjonshemming. Blindhet og døvhet blir da biologiske avvik som gjør at mennesker ikke kan se eller høre. Politiske føringer i slike sammenhenger har vært forebygging, behandling i medisinsk, psykologisk eller pedagogisk øyemed og eller målrettet miljøarbeid som vesentlig handler om tilrettelegging av miljø.

En motsatt eller polarisert forståelse av funksjonshemming ligger i den sosiale modellforståelsen av funksjonshemming. I denne modellen ligger en forståelse av at det er samfunnet eller miljøet rundt funksjonshemmede mennesker som avgjør funksjonshemmingen eller ikke.

En relasjonell forståelse av funksjonshemming har dermed utviklet seg parallelt med den sosiale modellforståelsen.

Fra å være funksjonshemmet i miljøet bruker en i dag begrepet funksjonshemming (relasjonell forståelse) som et misforhold mellom individ, miljø og samfunn. Den relasjonelle modellen viser til individet sitt miljø. Man kan samtidig sette en relasjon mellom individets funksjonsnedsettelse og funksjonshemming, og henviser videre til de engelske begrepene impairment (funksjonsnedsettelse) og disability (funksjonshemming).

---

<sup>12</sup> Se <http://www.kith.no/icf> for nærmere utgreiing om ICF.

Tidligere oppfatninger av funksjonshemmingsbegrepet gjør seg likevel gjeldende i nyere utgave av definisjon på funksjonshemming. Den biologisk-medisinske modellen har en tendens til å vedvare både i forskning og når det gjelder praktiske definisjonsproblemer i funksjonshemmingsbegrepet.

Samfunnsforskere fra Storbritannia forslår denne todelingen: det individuelle og biologiske nivået handler om *impairment* – det personen ikke mestrer – og *disability* som gjelder samfunnets eller omgivelsenes tilpasninger til all menneskelige variasjoner og som hindrer mennesker med impairments i å mestre aktiviteter og deltakelse i omgivelsene eller samfunnet. I følge britiske forskere må samfunnet tilpasse seg hele den menneskelige variasjon og ikke omvendt (Oliver, 1990, Barnes, Mercer & Shakespeare, 1999).

De tre perspektivene (bio -medisinsk, sosial og relasjonell) handler om å se funksjonshemming i ulike begrepsperspektiv og som flerspektret fenomen. Alle de tre perspektivene lever side om side, det er ikke slik at den ene har avløst den andre.

### **3.4 Rehabilitering**

Rehabilitering er et overordnet begrep for både rehabilitering og habilitering. Både rehabilitering og habilitering har samme grunnleggende prinsipper for tjenesteyting, og som gjelder for alle som har en funksjonsnedsettelse som trenger sammensatt, planlagt og koordinert bistand for å nå sine mål.

(Re)habilitering gjelder ikke ut i fra medisinsk behandling eller perspektiv. En definisjon på rehabilitering ifølge habiliterings og rehabiliteringsmeldingen (rehabiliteringsmeldingen) (2001) er:

*”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjon – og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.”*

#### **BRUKER OG BORGERSPEKTIVET**

Målgruppen i rehabilitering kalles for brukere i Forskrift om rehabilitering og habilitering. Men det er viktig å huske på at samtidig som man er ”bruker”, eller om man bruker andre betegnelser som tjenestemottaker, klient, pasienter eller elever osv. er man også borgere med ulike roller i et samfunn. Når da brukere har behov for å motta ulike (sammensatte) tjenester

fra tjenesteapparatet er dette en av den mest generelle betegnelsen for målgruppen (Normann, Sandvin & Thommasen, 2008).

Målgruppen gjelder videre i alle aldersgrupper, og beror ikke på årsaker til funksjonsevne og er uavhengig av om funksjonsnedsettelsen er av fysisk, psykisk, sosial eller sammensatt art. Når det er behov for sammensatt hjelp hos mennesker og funksjonsnedsettelse hos mennesker, skiller man ikke dette i følge norsk menneskerettighetslov<sup>13</sup> fordi funksjonshemming er et relativt begrep og har en relasjonell side (jfr. kap. 3.3)

## REHABILITERING VERSUS INDIVIDUELL PLAN

Rehabiliteringsmeldinga slår fast de prinsippene og holdningene som ligger til grunn for å oppfylle krav på et relevant tilbud.

Både individuell plan og rehabiliteringsmeldingen handler om prosesser som inkluderer enkeltindivider og ikke tiltak overfor grupper. Det kan innebære være konkret med hensyn til hva en i hvert tilfelle søker å oppnå mot en helhetlig og felles forståelse kan være nyttig.

Rehabilitering og IP har noen klare hovedlikhetstrekk:

- Rehabilitering har klare mål og konkret innhold samt en prosess. IP er også en prosess, plan, metode osv. for å oppnå selvstendighet og livskvalitet for å minske gapet mellom funksjonshemming, samfunn og miljø.
- Samarbeid mellom flere aktører for å møte enkeltindividets behov, uavhengig av hvem som er ansvarlig for de enkelte innsatser.
- Hindre at overgangen fra barn til voksen representerer et brudd i bistanden for personer som har behov for rehabilitering

Forskjellen mellom IP og rehabilitering er at IP er en organisatorisk forutsetning for at målene i rehabiliteringsmeldinga skal kunne nås.

## PROSESSEN I REHABILITERING

---

<sup>13</sup> Norge er i dag tilsluttet de fleste relevante menneskerettighetskonvensjoner og har gått et skritt videre: Gjennom menneskerettighetsloven (1999) har Norge inkorporert flere konvensjoner i norsk lov:

- Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen
- FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter
- FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter
- FNs konvensjon om barnets rettigheter

Rehabilitering handler om å bygge broer som relateres til i denne oppgaven om erfaring i bruk av IP overfor ungdommer (målgruppa). Dessuten handler voksenlivet for ungdommene om å klare seg best mulig selv med nødvendig støtte, tiltak eller tjeneste fra barnvern, helse – og sosialtjenester eller hjelp i ettervernsfase.

Rehabilitering handler om å få alle relevante ledd til å virke bedre sammen og ikke minst om å få til en reell samordning av nødvendige innsatser slik at enkeltindividet (bruker) får en helhetlig, samkjørt og individuelt tilpasset hjelp. Dette krever ressurser i form av tid og kapasitet i alminnelige virksomheter til å tilpasse arbeidet til det en helhetlig rehabiliteringspolitikk krever. Det gjelder også i forhold til en langt mer omfattende satsing på opplæring og iverksettelse av koordinerende virkemidler (Normann, Sandvin & Thommasen, 2008).

Rehabilitering handler både om å bedre personens funksjonsevne, om å fjerne barrierer som hindrer for selvstendighet og deltakelse i miljøet, blant annet via tilrettelegging og teknisk tiltak, og om praktisk bistand og økonomisk hjelp.

Opplevelsen av rehabilitering bør være at den skaper en ramme og et grunnlag for et mer konkret samarbeid om enkeltpersoner på tvers av etater og forvaltningsnivåer enn det som har vært praksis tidligere.

Rehabilitering skal derfor bidra til:

- at de som skal samarbeide har en mest mulig felles forståelse av hva de skal samarbeide om
- deltakelse
- (retten til) selvbestemmelse
- barn må bli hørt samt komme fram med sine ønsker
- bidra til selvstendighet/selvråderett
- mestring
- styrke sterke sider
- bedret funksjonsevne
- vedlikehold av funksjon

Et viktig punkt er at det er den enkeltes individuelle ønsker og mål som skal gi retning for rehabiliteringsprosessen.

### 3.5 Tverrfaglig samarbeid og samhandling

Tverrfaglighet kan defineres ut fra begrepene en faglig og flerfaglig. En faglig kan forstås som arbeid gjort av en persons faglige utdannelse og tradisjon (for eksempel helse – og sosialfaglig). Flerfaglighet kan sees som et samvirke av flere slike en faglig arbeidsinnsats (for eksempel gjennom kommunens offentlig service kontor). Om flerfaglighet forstås som hver enkelt fagpersons ansvar for deloppgaver kan tverrfaglighet sees som et krav om å ilegges ansvar for sluttresultatet og for å samhandle med de andre som skal bidra til dette. (Hjort, 2003).

Tverrfaglighet er ikke bare en organisasjonsform, men en tenke – og tilnæringsmåte. Det kan oppstå at tverrfagligheten ikke er gruppebasert og arbeidslag (team) som ikke er tverrfaglige.

NOU 2002: 12 beskriver at *”samarbeid ikke er et mål, men en metode og at målet er å hjelpe barn og unge ved å sikre at de får den hjelp de har behov for”*. Det kan sies at begrepet samarbeid har en tosidighet. På den ene siden kan begrepet forstås som en serie av samhandlinger (transaksjoner: *ytelse utveksles mot motytelse eller gi hjelp og motta anerkjennelse eller takk*) som følger etter hverandre slik at partene ser den enkeltstående samhandling i lys av hele serien, og der ytelse vurderes mot motytelse for serien under ett (Repstad, 2004). På den andre siden sees samarbeid uten konkurranser og konflikter fordi selvstendige enheter evner å regulere sine handlinger og politikk rasjonelt i samhandlinger. Samtidig benyttes best mulig ressursutnyttelse og best mulig ytelse totalt sett (ibid). Samarbeid kan også sees på som at hver gjør sin del av oppgaven (Hjort, 2003).

Rasjonelle samhandlinger forutsetter en viss form for koordinering. Koordinering brukes ofte også synonymt med samordning. Koordinering er en eller annen form for styring av transaksjonsstrømmen. Mønsteret av transaksjoner reguleres slik at transaksjonene gir størst mulig utbytte for en gitt ressursinnsats, eller slik at resultatmålene nås med et lavest mulig nivå av produksjon – og transaksjonskostnader. Koordineringen kan føres av en overordnet eller av medarbeiderne selv (Repstad, 2004).

Om fagprofesjonelle kommer fra ulike etater handler det om tverretatlig samarbeid i stedet for fagrepresentasjoner (Lauvås & Lauvås, 2004).

Tverrfaglighetens oppgave er å utfylle spesialitetene som innebærer at mellom spesialitetene oppstår et tomrom fordi fagpersonene vet stadig mer om stadig mindre. Dermed kan

tverrfagligheten fange opp tomrommene mellom fagene og slik forhindre at noe viktig forblir upåaktet eller uløst (Hjort, 2003).

Fagene i seg selv utgjør ikke et helhetssyn fordi det som skiller et fag fra et annet er at samme fenomen har ulike begreper og samme spørsmål har ulike svar. Dermed oppstår mangelen på menneskets helhetssyn for å imøtekomme hele mennesket og dets behov. Tverrfaglige synsvinkler, metoder og organisasjonsformer er behjelpelige til å se dette helhetssynet på mennesket.

## TVERRFAGLIGHET, TEAM OG PLANARBEID

I for eksempel et teamarbeid for planarbeid (IP) er det viktig at fagpersoner har kjernen om et aktørbasert menneskesyn. Tverrfaglige team stiller dermed større krav til felleskap i verdier enn flerfaglige. I det tverrfaglige temaet fungerer en ledelse grunnlagt på meningsutvekslinger (dialog) best. I teamet kreves det at alle tar ansvar for sluttresultatet og for å gjøre de andre bedre. Samhandling i tverrfaglige team går utover det flerfaglige teamets krav om personlig kompetanse.

Tverrfaglighetens tre utfordringer er verdier, ledelse og samhandling. Kjernen i tverrfagligheten er verdier. Den helhetlige tilnærmingen handler om å se mennesket som et hele og som noe mer enn deler av et hele eller summen av deler. Dette helhetsperspektivet bygger på tre forutsetninger: (1) menneskerettighetstradisjonen som handler om iboende verdighet, selvbestemmelse, ukrenkelighet, og samtykke (medvirkning) i alt som berører det selv, (2) innlevelse og forståelse for det ukjente og unike og (3) helhetsperspektivet handler om å se mennesket i dets økologisk relasjonelle samspill. Relasjonell dyktighet gjelder i tverrfagligheten som evnen til å analysere de gjensidige forventninger som styrer menneskelige relasjoner og rollene vi inngår i forhold til hverandre (Hjort, 2003).

Avklaringen av rolleutformingen bør omfatte både funksjoner og plikter som hører inn under rollen. Rolleutformingen og dens avklaring omhandler også den handlefrihet og de begrensninger som finnes, konkrete arbeidsoppgaver som rollen innebærer, og det ansvar som eieren av rollen har for sin handlemåte (Lauvås & Lauvås, 2004).

Når konflikter (uoverensstemmelser, tvist) oppstår; må de finne sine løsninger (ibid.). Motsetninger i argumentasjoner må avveies. Forandringer kan skape usikkerhet og utrygghet som må gjennomføres. Det er derfor av stor betydning at den enkeltes behov og interesser sammenfaller med de andres behov. Det gjelder også i forhold til helheten og fellesskapet.

Konflikter er viktig å forebygge eller at konflikter behandles evt. reguleres, bearbeides, og løses når de har oppstått (Lauvås & Lauvås, 2004).

Samhandling i et tverrfaglig team kan sees på som det å strekke seg utover de vanlige kravene til samarbeid. Samhandling innebærer derfor at man i tillegg gjør sitt til at andre gjør en bedre jobb for å oppnå et best mulig sluttresultat. I samhandling er det viktig med å se det gode i verden (optimisme). Sinnsstemningen for deltakere i tverrfaglige team er noe man rår over og selv ansvarlig for. I konflikter blir derfor måten man sier og gjør ting på, viktig. Team kan oppleve konflikter i form av knapphet på tid og ressurser og ulikheter i tradisjoner og måter å gjøre tingene på. Det aller viktigste for strategien i samhandlingen er derfor sinnsstemningen.

Når det er sannsynlig behov for tverrfaglige arbeidsmåter sees gjennom jo mindre selvsagt målet er, jo mindre selvinnsende og jo mer sammensatt valget av virkemidler er, og tilslutt brukerens mål og de midler brukeren må ta i bruk for å nå målet. Derfor er tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning to sider av samme sak.

### **3.6 Overgang til voksenliv - og voksentjenester**

For ungdommer generelt er overgangen fra en ungdomstilværelse til voksenliv og voksentilværelse en stor utfordring. Dette viser seg i overgangen hvor man bor hjemme og går på skole, til å flytte hjemmefra og etablere seg i egen bolig og samtidig skaffe seg en yrkesutdannelse eller etablere seg i arbeidslivet (Lerdal, 2009).

Ungdomstiden bærer preg av forandringer og viktige valg hvor ungdommen skal finne sin plass i samfunnet og sin identitet som voksen. Ungdommene møter større forventninger til selvstendighet enn tidligere. Ungdomstilværelsen er også av betydning for behovet for kjæreste og fremtidig livspartner.

Ungdomstilværelsen er *en periode i livet som i særlig grad stiller krav til håndtering av ytre og indre forandringer* (Piotrowska et al., p. 68). *Den indre verden er preget av at noe nytt stiger fram som følge av reorganisering av affekter, kognisjon og handlingsmønstre* (Sundet, 2000 i Piotrowska et al., p. 68). En opplevelse av indre kaos og manglende kontroll over livet kan vise seg i at ungdom ikke har utviklet ny kompetanse og ferdigheter tilpasset sitt nye utviklingstrinn.

Overgangen til voksenliv viser til en sårbar livssituasjon for mange ungdommer som også har behov for offentlige tjenester. Det vil med andre ord si at tjenesteyting skjer i skjæringspunktet mellom det private og offentlige sfære eller rom. En annen utfordring gjelder den normative kunnskapen i offentlig tjenesteyting. Eriksen (2001, p. 74) sier at *en vei å gå kan være å etablere bedre prosedyrer for å vurdere og godkjenne det normative – politiske element som inngår i den fagprofesjonelles praksis. Prosedyrer etablerer nye møteplasser mellom fag og politikk*. Det innebærer kort fortalt at verken juridiske, etiske eller faglige (taus kunnskap) tilnærminger bør være prosedyrer for evalueringer i praksis. De bør heller ikke avvises, men brukes i deler av praksisutøvelsen. Prosedyrer forteller i praksis hvilke av de (prosedyrer) som skal følges ved ulike typer spørsmål. Berørte parter må derigjennom komme til orde før beslutninger tas (Eriksen, 2001).

Når dagens myndighetsalder er knyttet til 18 år, så vil det ikke automatisk føre til at ungdommer "hopper" over fra å være ungdom til å inntre voksenrollen. Dette er en prosess som kan ta tid for den enkelte, det beror på årsaker av miljømessige, sosiale og personlighetsstrukturen i mennesket selv. Gruppen som sådan er en uensartet gruppe dvs. at behov, historier, muligheter, etniske og kulturelle muligheter osv. er forskjellige hos dem det gjelder.

#### ADMINISTRATIV OMFORDELINGSPOLITIKK

Den overordnede politiske styringen i Trondheim kommune fordeler oppgaver til forvaltningen (de folkevalgte tilhører den politiske delen og de andre ansatte i kommunen tilhører den administrative delen). Administrasjonen i kommunen spiller en stor rolle i den kommunale forvaltningen fordi den tilrettelegger vilkår og forutsetninger for de politiske beslutningene. De tjenesteytende enhetene er tydeliggjort i bykommunen etter roller som bestiller -/utførermodeller, hvor bestilleren (forvaltning) tolker politiske vedtak for å omsette disse forespørsler, avtaler eller kontrakter. Utførerens (tiltak/oppfølging) oppgave er da å omsette dette med god nok kvalitet og til lavest mulig kostnad.

Generelt handler kommuner mye ut i fra den offentlige forvaltningen og tjenesteproduksjoner; særlig deler som omhandler dagligliv og nærmiljø (for eksempel helse, omsorg og utdanning) (Sandberg, 2005). Særlover legger også bestemte oppgaver og standarder for gjennomføring av oppgaver til kommuner (for eksempel Lov om opplæring). Imidlertid kan noe av oppgavene legges til regional statsforvaltning. Barne-, ungdoms – og familieetaten (Bufetat)



er en slik administrativ desentralisering. Bufetat har som oppgave å gi barn, unge og familier som trenger hjelp og støtte, tiltak med høy og rett kvalitet i hele landet.

Når kommunen selv former lokalsamfunnet ut ifra innbyggernes behov og ønsker, oppstår det et spenningsforhold mellom staten og kommunen. Dette spenningsforholdet gjelder mellom lokal selvråderett og styre samt statlig styring for gjennomføring av nasjonale mål på lokalt nivå. Konkret vil det si at kommunene mangler nødvendige ressurser til å løse statlige oppgaver på oppdrag for staten samt andre ønskelige forhold.

Bedriftskulturen i kommunen handler om å sette i verk frigjørende energi (holdninger, handlinger, verdier og praktisering av forhold til medarbeidere) som er skapt av arbeidsgiver. (Helland, 2002). Å innføre økonomiske drivkrefter og følge opp resultatene (administrativ forvaltning) grunnlagt gjennom rammer, mål, verdier, prosess, dialog – og resultatmåling, forventes også å frigjøre energi og ressurser blant medarbeiderne. Dette vil tjene som en styrket oppmerksomhet på yting av tjenester. I tjenesteytingen er det vesentlig å etablere en kultur med forståelse for og positiv reaksjon på brukernes behov. Brukerne har ulike erfaringer med kommunens tjenesteyting. Det gjelder i forhold til hvilke ønsker brukerne har til tjenester, hvordan tjenester ivaretar deres behov og hvordan kommunen farer fram mot brukerne.

Delegering (fra ledere) kan være en arbeidsmåte som innebærer framtrekkelse av nye og mer berikende løsninger samt at ledere utvikler seg. Delegering handler om å utvise tillit, fokusere på resultater, gi medarbeidere rom til å kunne arbeide selvstendig. Hvilke resultater enhetene skal måles etter må velges bevisst og at det etableres fellesskap om vedtatte mål, strategier og holdninger blant lederne. Leder – og resultatavtaler er hjelpemidler som er tydelige når det gjelder fullmakter, generelle krav – og retningslinjer, gjensidige forpliktelser (mellom lederne), resultatkrav og så videre slik at resultatsenhetslederne vet hva de skal forholde seg til. Det er viktig at hjelpemidler som lederavtaler, leveringsavtaler/serviceerklæringer, system for brukertilbakemeldinger og så videre, blir prioritert. Kommunen viser seg pålitelig og tillitvekkende når den leverer sine tjenester den har informert om at den skal gjøre til kommunens innbyggere.

Gjennom tilbakemelding fra brukerne kan kvalitetssikring av tjenester bli oppnådd. Brukertilbakemeldinger kan innebære at klager på tjenester handler i grunnen om å videreutvikle tjenester. Prosessene er viktigere enn strukturen i en organisasjon fordi

strukturen i seg selv gir ikke resultater – men i samhandling med kultur (våre holdninger og verdier) og teknologi vil dette gi grunnlag i bedre resultater (Helland, 2002).

## PROSJEKTER GJENNOM KOMMUNEN OG SAMFUNNSFORSKNING

Trondheim kommune hadde en økning på 45 prosent i antall ungdommer med barnvernstiltak i aldersgruppen 18 – 23 år i årene 2003 – 2006. Det ble igangsatt et omstillingsprosjekt og kommunen gjennomførte i perioden 2004 – 2008 (utvidet til sommer 2009) barnvernforsøket som handlet om at de statlige oppgavene innenfor barnevernet ble overtatt av kommunen (Barne- og familietjenesten). Dette omstillingsprosjektet skulle forbedre samhandling mellom barnevernet og voksentjenesten i kommunen slik at ressurser ble bedre utnyttet samt bedre kvalitet på tjenestene. Forberedelse og plan ved overgangen fra tjenester fra barnevernet til voksentjenestene var et tema som var i midtpunkt (Åm, Helgesen & Lien, 2007). Barnevernet hører i dag(2010) til under både det kommunale (barne- og forvaltningstjenesten) og statlige forvaltningsorgan barne-, ungdoms – og familieetaten (Bufetat). Denne oppgaven er knyttet til tiden under barnvernforsøket.

Kommunen, ved rådmannens fagstab, foretok en utredning av botiltak for ungdom som tidligere har vært under barnvernets omsorg i 2007(Åm et al., 2007). De vesentligste momenter som ble trukket fram i utredningsprosjektet var blant annet(ibid., p.10):

- *Faste rutiner for overgangen mellom Barne-, og familietjenesten og Helse – og velferdstjenesten*
- *Ansvarsgrupper, tiltaksplan, og individuell plan*
- *Individuelle og fleksible tiltak*
- *Fast kontaktperson over tid*

Følgende forslag for oppfølging handlet blant annet om:

- Kvalitetssikre forberedelse og plan ved overføring fra barnevernet til voksentjenesten
- Utrede/planlegge botiltak for 6 – 10 ungdommer med langvarige behov for bistand etter overgangen fra barnevernet

## OMRÅDER OG FASER I ETTERVERNET

I 2009 ble Lov om barnvernstjenester endret til blant annet å forsterke ettervernet samt retten til IP. Endringene vedrørende et sterkere ettervern handlet om barnevernets ungdommer og deres overgangsfase til voksenliv. Et godt ettervern gjennom planlegging og forebygging kan

forsterke en bedre overgang til voksenliv for målgruppa. Herunder kan IP være et virkemiddel for forebygging, planlegging og forutsigbarhet.

Hovedtiltakene i barnvernet er hjelpetiltak, fosterhjem og barneverninstitusjon som også omhandler ettervernet.

Ettervern kan i følge Jan Storø (2001) defineres slik:

*”forberedende og støttende arbeid med unge voksne (16 – 22 år) som flytter fra et opphold i institusjon eller fosterhjem til en selvstendig voksentilværelse med tanke på at de skal gjøres i stand til å klare seg selv.”*

Ettervernsfasen kan vare til den unge voksne fyller 23 år jfr. Lov om barneverntjenester. Ettervern er et område som berører de ungdommene det gjelder til hjelp og støtte i overgangen i en sårbar og utsatt periode. Det kan sies at ungdommene i seg selv er en sårbar og utsatt gruppe. Ettervern omhandler også innsatsområde for forebygging. Med forebygging betyr i denne sammenheng faktorer som fremmer helse, livskvalitet og demokratiske rettigheter samt bremse utviklingen av fattigdom.

I et ettervern gjelder 3 områder; forberedelse – flytting – oppfølging. Videre innebærer det å starte områdene i ettervernet så tidlig som mulig slik at selvstendigjørelsen er i en prosess for ungdommene.

## TALERØR FOR BARNVERNETS UNGDOMMER

Organisasjoner som er talerør for brukergruppen er og bør være sterk i gehør av den offentlige velferdsstaten. Barneombudet, Voksne for barn og Landsforeningen for barnevernsbarn er eksempler på slike organisasjoner. I september 2009 omtales artikkelen ”fusk i ettervernet”<sup>14</sup> i Fontene (09/2009). Fusk beskrives som mangler på faste rutiner, god voksenstøtte, hvilken hjelp etter fylte 18 år, planlegging, og godt samarbeidsklima. I FNs barnekonvensjon er en del av norsk lov i 2003 og gir barn grunnleggende rettigheter for eksempel beskyttelse og deltakelse og forplikter barnevernet å snakke med ungdommen om deres framtid. Barneombud Reidar Hjermand<sup>15</sup> sier at Norge bryter barnekonvensjonen og at vi forvalter barna våre slett. Og barna som er mer utsatt enn andre; funksjonshemmede og barnevernsbarna er det mest bekymringsfylt for, sier barneombudet. Han mener det er en

---

<sup>14</sup> Artikkelen omhandler en kartlegging fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus og talerør for Landsforeningen for barnevernsbarn; Maria Reklev under Fattigdomshøringen - 09

<sup>15</sup> Henviser til artikkel om barns rettigheter i Fontene 10/2009; ”En nasjon, de med...”?

skandale at norske myndigheter *ikke* etterspør barn og unges erfaringer og meninger i det å være barn og ungdom i dagens Norge. Dette er stemmer som må bli hørt sier Hjermann.

Ut ifra barnefaglige og rettslige synsvinkler er det avgjørende at barnets egen stemme blir hørt for derigjennom å fatte kloke beslutninger om barnets beste. Barnets stemme er ofte svak og mangler helt noen ganger. Det viser til at yrkeshjelpere har et godt stykke arbeid før reell deltakelse og brukervedvirkning ivaretas.

Nå kan det være slik at en ungdom ikke ønsker å ha et barnvernstiltak, og da må mulighetene være store for å komme tilbake til barnevernet. En del barnvernstjenester stiller krav for å gi ettervern. Det forekommer også at ungdommen må skrive under på at de gir avkall på retten til ettervern hvis de skulle ombestemme seg. Hvis avtaler ikke blir overholdt vil ikke barnevernet tilby barnevernstiltak og tjenester. Dette har barnevernet ikke lov til fordi det er barnets behov som er begrunnelsen for tiltak. (Fontene – 09/2009). Barnevernstjenesten opplyste i sjeldne tilfeller om angrefristen i tilfelle ungdommen ville tilbake til barnevernet.

#### UTFORDRINGER I OVERGANG TIL VOKSENLIV OG VOKSENTJENESTER

I overgangen til voksenlivet blir fremtiden mer nærværende som i seg selv kan være bekymringsfullt. Dette kan de fleste foreldre si seg enig i og særskilt foreldre som har ungdom med funksjonsnedsettelse og utviklingshemming. En grunn er at ungdommene og deres familier er i rehabiliteringsprosesser og har ofte behov for langvarige og koordinerte tjenester i fra hjelpeapparatet. Når barnet fyller 18 år er det i rettslig og teknisk forstand voksent i Norge. Det innebærer et brudd med en rekke ytelser, tilbud og rutiner som har vært kjent for familien hittil. Slik oppstår usikkerhet om hva som skal skje i forhold til utdanning og arbeid og boligforhold. For foreldre er det snakk om en overgang hvor deres rolle i forhold til den unge endrer seg og settes på prøve. Som tidligere beskrevet er det mange både praktiske og følelsesmessige forhold som trenger seg på i denne overgangsfasen. Overgangssituasjoner er sammensatt – både for den enkelte familie og for det offentlige hjelpeapparatet. Viktig kunnskap kan ofte gå tapt særlig i forhold til funksjonshemmede når den unge skal overgå fra barn til voksen i saksbehandlersystemet. En koordinator til å styre prosessen og bevare overblikket letter saksgangen og gir samtidig så vel foreldre som den unge selv en langt bedre tjenesteyting. En kommunikasjon som er målrettet og som drar inn foreldre er nødvendig for at foreldre forstår hva som skjer når og ikke minst hvorfor (Horn & Gruber, 2002).

## **Kapittel 4 Metode**

Problemstillingen i oppgaven er på hvordan IP kan bidra til å styrke overgangen for ungdommer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. I denne studien handler virkeligheten innenfor de rammene, kulturen, målvalgene, kvalitetssystemer som organisasjonen (Trondheim kommune) setter grunnlaget for. Det innebærer videre at målet for oppgaven er å innhente kunnskap fra egen studie og andres empirisk kunnskap sett i sammenheng med relevant teori. Fremgangsmåtene i oppgaven er kvalitativ metode, semi - strukturert (halvstrukturert) intervju, kommunikativ rasjonalitet og eksplisitte betraktninger og fenomenologisk tilnærming. Da jeg har valgt intervjusamtaler som metode og samtidig en fenomenologisk tilnærming, er det begrunnet ut fra problemstillingens formulering. Det vil si at jeg har ønsket å gå inn i dybden av informantenes uttalelser og meningsinnhold for å beskrive deres erfaringer om tema. Jeg har videre valgt intervju som metode fordi det er tidsmessig praktisk og ikke minst at metoden besvarer problemstillingene ut i fra intervjuguidens spørreformuleringer (vedlegg:5).

Den ideologiske rammen (sett ifra mitt; studentens eget ståsted) for oppgaven er et hjelpeapparat som fungerer i tråd med brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Den kontekstuelle rammen er informasjon i fra faglitteratur, vitenskapelig internett - søk, BIBSYS, offentlige dokumenter, informanter i fra kommunen samt innhenting av offentlige dokumenter fra kommunen og andre relevante informanter/informasjon til oppgavens formål.

For dette studentprosjektet har jeg samlet inn materiale (intervju) fra offentlige ansatte som har erfart bruk av IP for ungdommer som har behov langvarige og koordinerte tjenester – i overgang til voksenliv. Gjennom datamateriale utvikles en «oppskriftsmessig» beskrivelse av essensen av opplevelser og erfaringer fra informanter som har erfart tema og fokus for oppgaven (jfr. kap. 1.2).

### **4.1 Kvalitativ metode**

På den ene siden menes kvalitative metoder ofte bestemte datainnsamlinger som intervju eller observasjon. Her sees forsker - subjektforholdet som det sentrale metodologiske problem. På den annen side menes kvalitative metoder ofte bestemte måter å forholde seg til data på. Her betraktes forskerens tolkning som det vesentligste perspektiv eller synspunkt. I et tematisk intervju eller informant intervju er informantene eller intervjupersonene erstatningsobservatører; som informanter, og at intervjuet er fokusert i henhold til temaene.

Intervjuene i denne studien er temasentrert og basert på intervju. Kvalitative metoder forsøker å forstå hvordan det levde liv påvirkes av teknologiske endringer og politiske og økonomiske beslutninger, samt forsøker å forstå og fortolke hvordan disse endringene oppleves av dem som blir berørt av dette/herigjennom. *”Objektet for kvalitative metoder er altså å forstå og beskrive hvordan sosiale prosesser og kulturelle tradisjoner oppleves, og hvordan denne opplevelsen fremstår i handlinger”* (Buciek, 1996, p. 16).

Til forskjell fra kvantitativ (tall, mengde) metode gjelder kvalitativ metode å forstå hva som viser seg bakom tallene; altså å forstå eller beskrive fenomener i en kontekst ut ifra den virkeligheten det gjelder.

## **4.2 Forståelsesmåter i det kvalitative intervju**

Med utgangspunkt i fenomenologi (og hermeneutikk) har sosial og humanvitenskapen (som det kvalitative forskningsintervju er en del av), siden slutten av 1960 – årene søkt: *”Systematic procedures for analyzing descriptions of experience of lived situations made by subjects living through such experiences”* (Giorgio, 1986 i Buciek, 1996,p.27).

En definisjon av det kvalitative intervju er å innhente forståelse og beskrivelse av informantens livsverden samt å fortolke mening om et beskrevet fenomen med respekt (Cabtree & Miller, 1992).

I en intervjusituasjon møtes både forskeren og informanten med hver sin forforståelse av intervjuets emne. Gjennom dialog må forskeren leve seg inn i den intervjuedes forforståelse. Forskerens fortolkning av intervjuet foregår på et beskrivende nivå, hvor det gis en sammenfatning av den intervjuedes forståelse av emnet. På et refleksivt fortolkningsnivå innhenter forskeren viten (empiri og teori) som går ut over informantens forståelse. På dette nivå innhentes nye forståelsesrammer. Det er her snakk om er at forskeren bidrar med nye fortolkninger som går bakom informantens meningshorisont. Det er dermed etablert en ny fortolkning som avstedkommer en ny forforståelse. Dette skjer i de fleste tilfeller etter at intervjusituasjonen er over at fortolkning på det refleksive nivå finner sted, samt på basis av flere intervjuer.

Jeg har brukt intervju som primære eller empiriske datakilder og innhentet kunnskap med sekundære datakilder som tidligere forskning og empiri (erfaring som er konstituert i den

sosiale verden). Videre er det supplert med teori, offentlige dokumenter og faglitteratur, database - søk om tema for oppgaven.

Et semi - strukturert intervju (halvstrukturert intervju) har utgangspunkt i en intervjuguide med utvalgte tema og jeg fulgte opp informantene (se kap. 4.4) gjennom bestemte temaer og med åpenhet til digresjoner. Jeg fulgte opp interessante svarformuleringer fra informantene for nærmere avklaringer eller utforske bestemte områder i temaene.

Den kvalitative tilgang er empirisk i den forstand at den er oppdagelsesorientert og bygger på utsagn om andres erfaringer. Den skiller seg imidlertid ut fra en rekke andre metoder ved bruken av kvalitative metoder eller prosedyrer for å forstå meningen med slike utsagn. Kort beskrevet består metoden i at språklige utsagn om gjennomlevde erfaringer uttrykkes og bearbeides i et intervju som er semistrukturert. Dette innebærer videre at intervjuet ikke er en fri samtale, men følger noen bestemte temaer (ibid). Utsagnene om disse temaene transformeres deretter ord for ord til tekst (transkribering) som siden blir brukt til analyse og tolkning. Transkriberingen av rådata for denne oppgaven er imidlertid gjengitt etter det meningsinnhold (ikke kroppsspråk, mimikk, gester og lignende, men uttrykkelige, deskriptive ord og eksplisitte betraktninger) som informantene har uttalt seg om gjennom intervjuguidens temaer.

Det sentrale spørsmål blir hvordan intervjuene skal gjennomføres for at deres mening kan analyseres på en relevant måte og vedkommende måte. Kvale (1997) sier; how can the interviews assist me in obtaining a true knowledge of the phenomena I am investigating?

Poenget er at disse spørsmålene skal være avklart innen intervjuene gjennomføres. Det er neppe fullt ut mulig å kunne ha oversikt over forskningsprosessen i all sin kompleksitet, og må derfor betraktes som et ideal. Intervjuguiden har vært en kilde for å avklare spørsmål samt hvordan intervjuene skulle gjennomføres. Jeg kunne samtidig følge opp interessante uttalelser eller oppklare temaer, spørsmål eller svarformuleringer som var uklart. Jeg har imidlertid ikke ønsket å avbryte informantene for ofte, men la de fortelle i selvstendige sekvenser.

### **4.3 Fenomenologisk tilnærming**

Det grunnleggende formålet med fenomenologi er å redusere enkeltindividuelle erfaringer og eller opplevelser av et fenomen til en beskrivelse for universelt formål. Teori og forskningsspørsmålene strukturerer funnene i den oppgaven gjennom å se på sammenhenger

mellom de ulike temaene i fra datamaterialet. Datafunnene og teorigrunnlag bidrar tilsammen å beskrive fenomener, kjerneelementer eller mønstre i studien.

Fenomenologisk tilnærming har for sitt mål å nå livsverdenen til informantene. Det grunnleggende spørsmålet er hvordan bestemte fenomener oppleves av mennesker. Analysens mål er ikke å stoppe ved overflatiske beskrisjoner, men å nå fram til den dypeste kjerne eller essens av et fenomen (fra gr, av *phainesthai* 'vise seg').

I kvalitativ forskning gjelder fenomenologi som begrep å forstå sosiale fenomener ut ifra informantenes eget ståsted; det vil si forklaringer om verden oppleves ut ifra informantenes oppfatninger om virkeligheten. Den virkelige virkeligheten blir menneskenes egne oppfatninger (Kvale og Brinkmann, 2009).

Fenomenologisk tilnærming består av 3 sider i Postholm (2005):

1. Åpen beskrivelse
2. Undersøkelser av essenser
3. Fenomenologisk reduksjon (forskeren vurderer ikke om opplevelsesinnholdet finnes eller ikke)

Og nå frem til en undersøkelse av essenser er målet for fenomenologisk tilnærming med fokus på fenomeners vesener gjennom beskrivelser fra enkeltfenomener til å søke etter det vanlige (allmenne), kjernen eller essensen av fenomeners vesener. Å variere et gitt fenomen handler om å variere fenomenet fritt i dets mulige former som er en metode å undersøke fenomeners vesen. Fenomenets vesen er konstant under de forskjellige variasjonene (Kvale & Brinkmann, 2009).

## SOSIOLOGISK PERSPEKTIV GJENNOM FENOMENOLOGISK TILNÆRMING

I oppgaven vil ikke bare det subjektive perspektivet forstås og/eller beskrives, men også i høyere grad å vektlegge det intersubjektive samfunnet av individer og det nødvendige grunnlaget for sammenfallende erfaringer. De enkelte menneskers erfaring om verden må ikke sees på alene, men også på hvordan et samfunn av mennesker erfarer verdenen, hvordan intersubjektivitet blir muliggjort – hva som er kriteriene eller de nødvendige betingelsene for å regne forskjellige erfaringer som sammenfallende eller sammenhengende. Betydningen av den teoretiske virksomheten nedtones til fordel for en større innlemmelse av den praktiske (og en mindre teoretisk) livsverden. I den fenomenologiske tilnærmingen skal forskeren



undersøke grupper av individer og hvordan disse bevisst utvikler mening i en sosial interaksjon. Dette innebærer videre at de informantene som jeg intervjuet, altså saksbehandlere fra barne-, og familietjenesten (BFT) - forvaltning og helse-, og velferdstjenesten (HVT) - forvaltning og ledere i BFT – forvaltning og tiltak og HVT forvaltning og oppfølging, skulle være en «samlet» meningsutveksling om problemstilling, mål og tema for oppgaven. I tillegg gjelder en beskrivelse av struktur og organisering som informantene har innenfor sine sosiale systemer; i denne sammenheng Trondheim kommunes organisasjon.

Jeg har valgt en forskningstype som gjelder viten om datamaterialet, det vil si at jeg som forsker søker å forstå de utforskedes subjektivitet og perspektiv (Launsø & Rieper, 2000). Jeg søker å avdekke menneskers meninger, vurderinger og holdninger i deres innbyrdes sammenheng og spesifikke kontekst. Utgangspunktet i de utforskedes subjektivitet innebærer at jeg som forsker må engasjere meg aktivt i å fortolke ytringer (utsagn eller tekst). Fortolkningen kan avbildes som en prosess, hvor forskeren oppnår en revisjon av sin forforståelse.

#### **4.4 Datainnsamling og utvalg**

For å belyse problemstillingen har jeg brukt intervju og fenomenologisk tilnærming. Jeg valgte intervju og fenomenologisk tilnærming fordi jeg da kunne få innblikk i hvordan meninger, oppfatninger og (for)forståelser som informantene hadde om fokus og tema for oppgaven. Jeg valgte å fokusere ut ifra systemperspektiv det vil si hvordan hjelpeapparatet (saksbehandlere og ledere; informantene) erfarer bruk av IP for ungdom. Denne kildekunnskapen virket som den letteste tilgjengelige ressursen selv om det er annenhåndsinformasjon og ikke i fra brukere selv (ungdommen og eventuelt deres familier). Den ideelle empiriske kunnskapsinformasjonen hadde i tillegg vært erfaringer fra brukere om oppgavens tema. Jeg valgte tidsperspektivet for å få ferdig oppgaven i tide. Likevel skulle det vise seg vanskelig å få tak i informanter til oppgavens formål og oppgaven har vært forsinket enn det som var beregnet. Den andre begrunnelsen er at dette er et eget studentprosjekt og ikke involvert i et større prosjekt.

Datagrunnlaget og utvalget for denne undersøkelsen er intervju med 6 saksbehandlere og 16 enhetsledere i barne-, og familietjenesten (BFT) og helse-, og velferdstjenesten (HVT) (i Trondheim kommune). 3 saksbehandlerne var fra BFT – forvaltning og 3 saksbehandlere fra

HVT – forvaltning(vedlegg:7). Informantene ble valgt ut ifra et strategisk utvalg. Dette innebærer at saksbehandlerne har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til oppgavens tema, problemstilling og fokus. Jeg fulgte videre opp at kriteriene for intervju med saksbehandlerne var erfaring i minst 3 saker om individuell plan for barnevernets funksjonshemmede ungdommer. Intervju med enhetslederne var i forbindelse med OBVIT - prosjektet. Jeg hadde selv ansvar for intervju med saksbehandlerne, og 2 selvstendige intervju med ledere samt som bistand under 2 andre intervju i forbindelse med OBVIT - prosjektet.

Jeg utarbeidet en eget intervjuguide til saksbehandlerne i henhold til denne masteroppgavens formål. Intervjuguiden ble utarbeidet etter veileder og Forskrift om individuell plan (2005) og faglitteratur om IP slik at emnene i intervjuguiden ville oppfylle eller tilpasse kravene til det formål å kunne besvare problemstillingen tilknyttet denne oppgaven. Disse emnene eller hovedtemaene er: 1) helhet og sammenheng, 2) praksis og rutiner, 3) tverrfaglig/tverretattlig samarbeid, 4) brukermedvirkning. Intervjuguiden ble videreutviklet ut fra disse temaene (vedlegg: 5 ).

Informasjonsskriv ble sendt ut til samtlige ledere i barne-, og familietjenesten forvaltning og tiltak og helse-, og velferdstjeneste forvaltning og oppfølging. Trondheim kommunen deler offentlige tjenesteapparatet inn i fire bydeler. 2 ledere ifra 2 bydeler var raske til å gi tilbakemeldinger om informanter til disposisjon. En bydel fikk jeg ikke tilbakemelding fra og heller ikke fra BFT- tiltak eller HVT - oppfølging (ingen bydeler meldte seg). Det ble påminnet flere ganger til ledere. Tilslutt ga dette resultater i en informant og resterende informanter ble forespurt på e-mail eller telefon via saksbehandlere som tidligere ble intervjuet.

Intervjuene av saksbehandlerne ble foretatt våren 2008 og høsten 2009. Når man ser på spranget i datainnsamlingen er begrunnelsen at det var utfordrende å innhente informanter til oppgavens formål. En årsak var at 2 ledere i fra 2 bydeler ikke ville belaste sine ansatte grunnet manglende erfaring i bruk av IP for målgruppa og eller ville ikke belaste sine ansatte til denne oppgavens formål. En annen årsak er at det først i sommeren 2009 ble lovfesting av IP i Lov om barneverntjenester. Dersom en organisering i barne-, og familietjenesten i bykommunen foregår mellom barnvernsloven på den ene siden og helse – og sosiallovgivningen på den andre, kan det ha hindret tilgjengelige informanter. Det ble i tillegg utvidet til å gjelde ungdommer i overgang til voksenliv og som har videre behov for langvarige og koordinerte tjenester fra hjelpeapparatet.

Jeg gjennomførte intervjuene på informantenes arbeidsplass i dertil egnede rom for samtaleintervju. Før intervjuet startet ble det informert både skriftlig og muntlig om informert samtykke til oppgavens prosjekt. Lydbåndopptakene ble foretatt etter samtykke fra saksbehandlerne), og notater skulle sikres konfidensielt og eventuelt hvilke konsekvenser studien ville påføre informantene. (vedlegg: 6).

Selve intervjuet tok ca. en time og ble utført i tråd med intervjuguidens temaer og underspørsmål (vedlegg: 5). Noen få avvik forekom da jeg ønsket en nærmere beskrivelse fra informanten eller følge opp interessante spørsmål og eller svarformuleringer. Samtalene ble avsluttet med takk for bidrag til studentprosjektet. Jeg følte nærhet til informantene gjennom meninger, oppfatninger erfaringer, følelser, tanker, opplevelser som ble brukt av informantene selv ut ifra sine svarformuleringer. Noen av informantene sa at dette var deres erfaringer i bruk av IP for målgruppa og ikke som svar på kommunens vegne. Intervjuene skulle være basert på egne(informantenes) erfaringer for bruk av IP knyttet til ungdommer. Oppgaven skal også bidra til å forstå informantenes felles eller delte erfaringer i forhold til tema og problemstilling.

## **4.5 Etablering av kontakt med saksbehandlere**

Den første etableringen for å få til intervju med saksbehandlere var å kontakte ledere i BFT og HVT i Trondheim bykommune. Da OBVIT -prosjektet pågikk, ble ledere intervjuet i tillegg til saksbehandlere samt ungdommer med barnevernstiltak i overgang til voksenliv (Vedlegg:8) I denne masteroppgaven sendte jeg ut infoskriv til ledere og eget infoskriv til saksbehandlere. I infoskrivene (vedlegg: 3 & 4) ble undersøkelsen kort beskrevet og at studentundersøkelsen var godkjent av NSD. Ledere ble henvist til å videreformidle kontakt til aktuelle saksbehandlere som hadde erfaring om tema, problemstilling og ungdom med behov for langvarige og koordinerte tjenester – i overgang til voksenliv. Det ble nødvendig med påminnelser til ledere, slik at 6 saksbehandlere skulle bli intervjuet for oppgavens formål. I søknaden til NSD hadde jeg foreslått at hvis det skulle vise seg å bli vanskelig å finne saksbehandlere med erfaring med målgruppa, så kunne saksbehandlere med erfaring i forhold til (funksjonshemmede) ungdommer uten barnevernstiltak i overgang til voksenliv også være like gjeldende i henhold til oppgavens prosjekt. Det vil med andre ord si bruk av IP for ungdommer med behov for langvarige og koordinerte tjenester i overgang til voksenliv. Denne oppgaven er ikke en del av OBVIT - prosjektet, men en selvstendig undersøkelse. I infoskrivet til saksbehandlere står ikke OBVIT - prosjektet beskrevet, og begrunnelsen er at

denne oppgaven er et eget prosjekt. Problemstillingen er imidlertid foretatt med utgangspunkt i OBVIT - prosjektet. Lederintervjuene fra OBVIT - prosjektet er bearbeidet og analysert i denne oppgaven på bakgrunn av spørsmål fra intervjuguiden som kun omhandlet individuelle planer (vedlegg: 4).

## 4.6 Relasjonen mellom student og informanter

Sentrale trekk mellom meg og informantene var åpenhet og ærlighet. Informantene formulerte sine egne betraktninger over sin praksis og for fremtiden om oppgavens formål og ikke ut ifra hva "andre" enn de selv mente, følte eller opplevde. Unntakene gjelder i forhold til brukermedvirkning (og tverrfaglig samarbeid) da de måtte svare på andres vegne (annenhandsopplysning). Betydningen av åpenheten, ærligheten og spontanitet eller refleksjoner over besvarelsene fører til at meningsinnholdet gir en forståelse og sammenheng for å beskrive hva det kan innebære og bruke IP for ungdommer. Det var viktig for meg å skape en troverdig atmosfære (stemning) i intervjusituasjonene. Det følte jeg at jeg fikk til fordi informantene møtte meg med velvillig og seriøs erfarings - og kunnskapsinformasjon. Dessuten oppfattet jeg ikke meg selv som student, men at relasjonen mellom meg og informantene var likverdige. Et sitat kan tjene som forholdet mellom meg og informantene og som lyder slik: *"dette er mine meninger, tanker og personlige erfaringer"*.

## 4.7 Systematisering og analyse av data

Utskrivningen av alle intervjuene (både leder og saksbehandlerintervjuene) var til sammen 72 sider tekst, som utgjør datamaterialet. En fremgangsmåte jeg har benyttet meg av i analysen av datamaterialet er som følger i Postholm (2005):

1. Forskerens beskrivelse av sin egen erfaring av fenomenet
2. Datamaterialets transkripsjoner (den skrevne samtaleteksten fra lydbåndopptak i fra intervjuene) og dets videre analyse gjelder under følgende regler:

a Hver enkelt uttalelse sees som viktig og i forhold til beskrivelse av emnet

b Viktige uttalelser noteres ned

c Det som til sammen kan beskrive fenomenet er alle uttalelser som danner meningsenhetene (uttalelser på tvers av intervjuguidens spørsmål og temaer).

d De ulike meningssamlingene tilknyttet og samles under temaer

e En abstrakt eller tekstuell beskrivelse gis de ulike og sammenslåtte meningssamlingene og derigjennom er sitater inkludert

f Refleksjon over de abstrakte beskrivelsene og beskrive strukturen av min egen erfaring

g Lag en abstrakt og strukturell beskrivelse av meningen med og essensen av min erfaring

3. De ordrette transkripsjoner er utgangspunktet for erfaringene til informantene som gjennomføres ved hjelp av de ovennevnte trinnene
4. Informantenes erfaringer beskrives gjennom alle de individuelle abstrakte og strukturelle beskrivelsene og danner utgangspunktet for å sammenfatte en felles abstrakt og strukturell beskrivelse av meningene og essensen av erfaringen, hvor beskrivelsen er innlemmet i en universell beskrivelse av erfaringen som representerer gruppen som helhet.

Min analyse av datagrunnlaget er beskrevet med utgangspunkt i Postholms (2005) analysemetode; dog ikke punktvis. Alle intervjuene ble tatt opp på en opptaksspiller. Godkjenning av intervjuundersøkelsen er med tillatelse fra NSD(vedlegg 5). Intervjuene ble bearbeidet i etterkant og transkribert ut i fra meningsinnholdet for videre tekstanalyse. Intervjuene ble lest igjennom flere ganger for å få et helhetsinntrykk av innholdet. Intervjuguiden var konsentrert om 5 hovedtemaer som utgjorde utgangspunktet for analysen(vedlegg:4). Intervju med informantene og transkribering er tolket på tvers av temaene fra intervjuguiden. Videre er meningsinnholdet fra det transkriberte materialet kategorisert i temaer. Temaene er utviklet fra intervjuguiden, datamaterialet og teori. Det er videre foretatt en refleksiv tolkning og sammenhengende beskrivelse av meningsinnholdet i hvert tema.

I sammendragene er direkte nøkkelsitater fra informantene tatt med for å illustrere temaer. Det er få sitater, men de synliggjør det sentrale meningsinnholdet. Sitater beskriver sammendrag i fra meningsinnholdet som innbærer temaene fra intervjuguiden. Videre er alle sitatene fra informantene skrevet i kursiv for å fremheve deres egne utsagn ordrett.

Tilslutt har jeg foretatt en oppsummering under hvert tema som beskriver det jeg har oppfattet som det essensielle ut i fra sammendrag av meningsinnholdet fra informantenes uttalelser.

Analysen i oppgaven handler i store trekk om å kategorisere og dermed redusere datamaterialet til enheter (deler av en større helhet) som gjør materialet håndterbart. Som beskrevet tidligere er formålet med en fenomenologisk undersøkelse å finne essensen eller den sentrale underliggende meningen av en opplevelse eller erfaring. Målet i en fenomenologisk analyse vil innebære og prøve og nå frem til denne essensielle, konstante (uforanderlig, fast) strukturen. Beskrivelsen av opplevelsen av fenomenet i denne undersøkelsen (erfaring i bruk av IP for målgruppa) vil dermed få et generelt preg eller mønster (Postholm, 2005).

## **4.8 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet**

Kvalitetskriterier som troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet, bør ta utgangspunkt i forståelsen av datamaterialets særpreg. Det vil videre si det er de utforskedes perspektiv og kontekst som er i fokus. Presentasjoner av datafunnene er i denne undersøkelsen sitater og sammenhengende fremstillinger av de utforskedes meninger, forståelse, oppfatninger med mer; i en kontekst. Forholdet mellom forsker og utforskede er kjennetegnet ved nærhet og distanse. En viss nærhet til informantene bør det være samtidig som man må trekke seg tilbake og fortolke feltet utenfra. Det vil si at jeg har hatt nærhet i å forstå informantenes meninger, opplevelser osv. i intervjusituasjonene, og distanse i å beskrive meningen gjennom bruk av teori og refleksive tolkninger.

To former for anvendelse vil forekomme i denne undersøkelsen. Den ene er at formidlingen i seg selv kan gi anledning til ny innsikt og endringer hos dem undersøkelsen omfatter. Den andre anvendelsen er at andre får en dypere innsikt i fenomenet som i noen tilfeller kan brukes til å iverksette innsatser. Hovedsakelig bidrar en forståelse av datamaterialet i denne undersøkelsen til å skape nye begreper og fortolkninger av virkeligheten eller bidrar til videre forskning på området. Erkjennelsesinteressen i å forstå datamaterialet inneholder en streben etter å gi mening og forståelse samt formidle tradisjon.

Å utføre undersøkelser (forskning) på en tillitvekkende måte; knyttes til begrepet troverdighet (Thaagaard, 2003). Som en følge av prinsippet av subjektivitet i kvalitative undersøkelser kan ikke begrepet troverdighet knyttes til fastlagte kriterier. Argumentasjon for troverdighet er å

gjøre rede for hvordan dataene er blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen. Jeg som forsker kan styrke troverdigheten under intervjuene (relasjonen mellom meg og saksbehandler) og i skriftlig rapportering av resultatene ved å gjøre et tydelig skille mellom direkte informasjon fra saksbehandlere og min vurdering av denne informasjonen. Dette innebærer videre at jeg redegjør hva som er referat fra intervjuene, og hva som er mine vurderinger og kommentarer. Sitater i kursiv i oppgaven er ordrette uttalelser fra informantene, og oppsummering eller diskusjon av meningsinnholdet er mine (studenten) refleksive tolkninger. Sitater og meningsinnholdet fra informantene, mine refleksive tolkninger sammen med teori skaper essensen av fenomeners vesener. Det innebærer videre at essensen av fenomeners vesener bidrar til høyere beskrivelser til universelt formål. Troverdigheten skal videre styrkes i samtaler ved hoved- og bi - veileder for å diskutere avgjørende beslutninger i undersøkelsen samt kritisk evaluering av fremgangsmåtene i studentprosjektet.

Resultatene må være gjenstand for argumentasjon og diskusjon slik at forståelse av en undersøkelse virker innenfor en rasjonalitetsform som kan kalles kommunikativ rasjonalitet (Habermas & Kalleberg 1999). Det innebærer at den skal bidra til å utvide og overskride begrensede forståelser av gitte fenomener. Habermas og Kalleberg(1999) beskriver at ytringer er handlinger der den som snakker ønsker å komme til forståelse om et eller annet med en annen (person). Habermas kommunikative rasjonalitet er en sosial teori som strever etter å støtte opp under menneskelig frigjøring, mens den beholder en universalistisk, moralsk ramme. Denne rammen hviler på en ide om praktisk universalisme som innebærer at alle talehandlinger har et innebygget telos (det greske ord for ”formål” eller ”mål”) om å oppnå gjensidig forståelse, og at mennesker sitter på den nødvendige kommunikative kompetanse for å oppnå den gjensidige forståelsen. (Habermas & Kalleberg 1999).

Fra studiens oppbygging, det vil si utforming av prosjektskisse, intervjuguiden og fram til intervju med informantene og analysestrategien, har den kommunikative rasjonalitet vært den røde tråden i oppgaven. Dette gjelder også for prosessen og kvaliteten i sin helhet i oppgaven. Imidlertid kan mine oppfatninger, tolkninger og forståelser som for eksempel oppklaringer og oppfølgings spørsmål i løpet av intervjuene vært en skjevhet i studien. Begrunnelsen er den forforståelsen som jeg bringer med meg inn i forkant av intervjusituasjonene, i intervjuene og studiens videre utvikling. Mens intervjuundersøkelsen pågikk, ønsket jeg ikke å bryte for ofte inn i intervjuene, men der det var nødvendig for, slik at informantene selv kunne formidle fritt om tema for oppgaven. En annen skjevhet kan være at utvalget systematisk vil gi for høye

eller for lave anslag. Det innebærer videre at en mulig feilkilde kan være at utvalget ikke er representativt.

Gjennom fortolkningsprosessen er det mulig å nærme seg felles aksepterende – intersubjektive – forståelser av det subjektive menings- og betydningsinnhold. Et hinder ved å arbeide med en slik forskningstype (forståelse av datamaterialet) er at folk kan ha mangelfulle bilder av de mekanismer og sammenhenger som faktisk styrer deres handlinger og hendelsesforløp. Sosialt liv rommer grunnleggende både et subjektivt og kollektivt plan som gir anledning til såkalte lovmessigheter. Disse lovmessigheter er styrt av anonyme felles mekanismer (paradigmer, markedsmekanismer, profesjonsinteresser, byråkratiske regler og interesser, sosiale og materielle strukturer med videre) som kan være mer eller mindre erkjent av de intervjuede.

Det som er styrken i datafunnene er sitater som fungerer som nøkler til å beskrive informantenes erfaringer for bruk av IP for ungdommer med behov for langvarige og koordinerte tjenester – i overgang til voksenliv. Meningsinnholdet i fra datafunnene fungerer som tolkninger rundt sitatene. Til sammen danner tolkning og sitater helhet og forståelse i datamaterialet som igjen bygger videre på teori og refleksivitet.

I følge framdriftsplanen for masteroppgaven har det vært forskyvelser i form av at intervjuene tok lengre tid enn planlagt (se kapittel 4.3). Alle intervjuene er imidlertid transkribert ut ifra meningsinnholdet for å øke troverdigheten og sitater er skilt ut for å beskrive det vesentlige i temaene i analysen og til oppgavens formål og besvarelse.

Bekreftbarhet handler om tolkningen av resultatene, mens troverdighet handler om fremgangsmåte for dataprosessene (Thaagaard, 2003). Det er to sider av bekræftbarheten i forskning, og det ene er at forskeren forholder seg kritisk til egne tolkninger og at undersøkelsens resultater kan bekreftes av annen forskning. Det er min oppgave å vurdere egne tolkninger av analyseprosessen for en kritisk gjennomgang. En refleksjon over min posisjon under intervjuene kan gi studien utfyllende informasjon, det vil si at jeg søker å stille sentrale spørsmål og gå igjennom temaer som er viktig for prosjektets formål (her har intervjuguiden vært en nøkkelkilde). Intervjuguiden hadde sentrale temaer samt oppfølgingsspørsmål i henhold til fokus for oppgaven samt tema, problemstilling og målgruppa. Det var ikke behov for særlige justeringer i intervjuguiden, men det bemerkes at noen spørsmål var lange og eventuelt kompliserte som ble forklart fortløpende i



intervjusituasjonene. Min forforståelse kan også ha påvirket fremgangsmåter i oppgaven. Det gjelder for eksempel valg av teori, metode og analysestrategi og dermed også resultatpresentasjonen. Imidlertid har jeg søkt å fremstille slik *jeg* tolker datamaterialet, med bakgrunn og utgangspunkt i informantenes meningsinnhold.

Fortolkning kan gi grunnlag for overførbarhet som også kan være relevant i andre sammenhenger (Thaagaard, 2003). Overførbarhet innebærer en rekontekstualisering, ved at den teoretiske forståelsen som er knyttet til denne oppgaven settes inn i en videre sammenheng. På den måten kan denne studien bidra til en mer generell teoretisk forståelse. Begreper er viktig i denne sammenheng for de gir retningslinjer for hva det er viktig å se etter. Begrepene kan være forståelse av ord, begreper, temaer sett i modeller eller bokser som involverer hverandre og der det ene ikke kan utelukkes fra det andre, men sees i en kontekst (sammenheng) og helhet. Overførbarhet (generalisering) er et kriterium som innebærer en vurdering av om resultater oppnådd i en kontekst kan overføres til beslektede kontekster. Det avgjørende er i hvilket omfang kontekstene er i sammenlikningene. Denne studien gjelder spesifikt fra noen ledere og saksbehandlere som er beskrevet i oppgaven. Studien er imidlertid ikke så forskjellig fra andre eller lignende kommuner. Oppgaven er ikke ment til å generalisere, men peke på mønstre som viser seg i denne oppgaven, og som kan bidra til å bygge på andre studier eller oppgaver. Oppgavens etterprøvbarehet trenger ikke å være gyldig ved senere undersøkelser eller videreutvikling av tema. Begrunnelsen er at samfunnet utvikler seg raskt i takt med teknologiske, politiske og samfunnsmessige strukturer.

## **4.9 Ethiske overveielser**

Forskningsetiske retningslinjer må en forskning eller empirisk undersøkelse forplikte seg til, så vel som denne masteroppgaven. Det er innhentet tillatelse fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste(NSD) før selve intervjuundersøkelsen ble foretatt(vedlegg:5). Masteroppgaven har fulgt retningslinjer som informasjon om hva studentprosjektet handler om, krav om anonymisering til å innhente informert og fritt samtykke fra informantene. I informasjonsskriv til saksbehandlere var det en svarslipp, slik at saksbehandlere skrev under på ett skriftlige samtykke, for deltakelse i studien. Informasjonsskrivet ble i et kort sammendrag også gjengitt i muntlig form før intervjuet begynte.

Etter informasjon om studiens innhold og omfang samt fri samtykke av saksbehandlerne, kunne selve intervjuundersøkelsen foretas. Taushetsplikten i oppgaven innbar at den ikke var

til hinder for studentprosjektet samt at saksbehandlerne ikke utleverte personopplysninger om ungdommen. Disse ovennevnte retningslinjene ble overholdt etter NSDs anvisninger og i de retningslinjer som er beskrevet i NESH 2006<sup>16</sup>.

Konfidensialiteten i oppgaven har vært å presentere hovedtrekk i datamaterialet og benytte meningsinnhold eller sitater som eksemplifiserer det de ulike informantene ga uttrykk for. Det har vært viktig og ikke å nevne eventuelle sentrale trekk ved etater som kan skille de fra hverandre og dermed oppfattes negativt eller stigmatiserende. Et annet viktig moment er at enkeltsaker ikke skulle utdypes slik at de kunne være gjenkjennbar i oppgaven.

I avslutningen av intervjuet var det viktig å få frem om synspunkter om selve intervju spørsmålene og om informantene hadde noen innvendinger eller tilleggsspørsmål i forbindelse med disse. Noen av informantene valgte å ilegge tileggsinformasjon som er inkludert i studien.

---

<sup>16</sup> Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora(NESH). I NESHs mandat står det blant annet at komiteen skal utvikle retningslinjer for forskningsetikk for fagområdene samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. NESHs egne retningslinjer er sist revidert 2006.

## Kapittel 5 Presentasjon av data

Datafunnene er delt inn i temaer som har utgangspunkt i teori, datamaterialet og intervjuguiden:

- Kommunens utvikling av IP
- Vilkår for retten til IP – i overgang til voksenliv
- Sentrale momenter før og etter vedtak om IP
- Ungdommens deltakelse og innflytelse ved hjelp av IP
- Samarbeid mellom ”barne-, og voksentjenesten” i kommunen
- Kommunens interne og eksterne relasjoner
- Kommunens bruk av IP for helhet og sammenheng i overgangen

”Barne-, og voksentjenesten” er henholdsvis barne-, og familietjenesten – forvaltning og tiltak og helse-, og velferdstjenesten - forvaltning og oppfølging i bykommunen.

Det kommunale hjelpeapparatet kan også benevnes som førstelinjetjenesten og det fylkeskommunale hjelpeapparatet kan benevnes som spesialisttjenesten eller andrelinjetjenesten.

I denne sammenheng er bruker den som får innvilget vedtak om IP eventuelt i lag med foreldre eller verger som taler på vegne av den som har fått vedtak om IP.

Sitater står skrevet i kursiv og er brukt som nøkkelsitater for å belyse temaene i kapitlet. Informanter er en sammenblanding av hva enhetsledere og saksbehandlere har ytret om meningsinnhold. Ellers er saksbehandlere og ledere ytringer beskrevet hver for seg.

Oppsummeringen i slutten av hvert kapittel belyser hovedtrekk i innholdet fra temaene.

### 5.1 Kommunens utvikling av individuell plan

Informantene svarer at det er kommunen ved rådmannens fagstab som er øverste ansvarlig for retningslinjer og prosedyrer av individuelle planer. I følge informantene er det utarbeidet (skriftlige) rutiner i det kommunale tjenesteapparatet for igangsetting, utforming og utarbeidelse av planarbeidet (vedlegg: 10). Det er også utarbeidet skriftlige rutiner i samarbeidet mellom BFT og HVT (vedlegg:9). I kommunens retningslinjer i overgangen mellom barn og voksen står det også klart hva som er kommunens (førstelinjetjenesten) og spesialisthelsetjenestens ansvar (andrelinjetjenesten). Hovedregel er at i den daglige

oppfølgingen kan førstelinjetjenesten ha ansvar for bruker og andrelinjetjenesten har en spesialisert faglig kunnskap og kompetanse på sitt felt (f. eks habiliteringstjenesten, BUP). Imidlertid er kommunens skriftlige rutiner og retningslinjer i utvikling nevner en saksbehandler.

Fagressursgruppa<sup>17</sup> viderefører oppfølging og utvikling av planarbeidet og å sikre tjenesteutøvere opplæring på IP. Fagressursgruppa har videre ansvar for opplæringsprogram, oppfølging og veiledning for koordinatorene. Det er ikke rutiner for hvem som blir koordinatorene samt prioritering av tid til planarbeidet i følge en saksbehandler. Pr. i dag er det ikke frigjort tid og ytere får ikke til ” å gå dypt inn i hver enkelt IP”. Frigjøring av tid kan handle om tid til å gjøre selvstendige og utviklende IP, samt utvikle kreative og fleksible løsninger. Ledelsen må derfor i større grad enn hittil konkretisere den daglige utførelsen av IP sier en saksbehandler. Det er vel så viktig med muntlige som skriftlige planer og som handler om dokumentasjon og dokumentering av planarbeidet. Fylkesmannen er opptatt av dette sier noen saksbehandlere. Dette kan videre gjelde dokumentasjon for tverrfaglig samarbeid i IP-arbeidet. IP er ikke det samme som ansvarsgruppemøter som er en arbeidsform eller møtevirksomhet. Hva gjøres for samarbeid for ungdommer uten IP? En informant sier slik: ”Fylkesmannen påpeker at IP sikrer et system for samhandling og helhetlig tenkning og at det ikke er det samme som ansvarsgrupper.”

Ansvarsgruppemøter handler om at brukeren møter ulike instanser for samhandling og samarbeid. IP derimot er et styrings eller planleggingsverktøy; ikke bare til bruk i ansvarsgrupper, men også i hverdagen. En saksbehandler sier det slik om forholdet mellom ansvarsgrupper, IP og tidligere planer:

*Det er viktig å huske på at ansvarsgrupper ikke er det samme som en IP fordi en IP er brukers plan og skal være deres en verdi som de selv benytter seg av og har behov for. Det er en utvikling fra habiliteringsplaner og fram til IP i system og lovverk. IP er et ”alt i ett dokument” som skal være en forenkling enn de tidligere habiliteringsplanene.*

---

<sup>17</sup> Fagressursgruppa er en hovedkontaktgruppe (forvaltningsenheten på både BFT og HVT) som ivaretar IP som tema i samarbeid med rådmannens fagstab. Fagressursgruppa utgjør koordinerende enhet i kommunen. Se for øvrig vedlegg 8.

Det skal videre i følge fylkesmannen, registrere data over hvem som har IP, de som ikke har ønsket og de som ønsker, men som ikke har fått vedtak eller utarbeidelse om IP. En saksbehandler mener at ungdom uten vedtak fra forvaltning om IP; handler om å ivareta ungdommens rettigheter. Hos noen målgrupper deriblant innenfor psykiatri er det blitt avdekket for lite bruk av IP i kommunen. Det er også avdekket avvik fordi IP ikke ble systematisk fulgt opp.

Enkelte informanter synes kommunen har et forbedringspotensial i forhold til rolleavklaringer. Barne-, og familietjenesten forvaltning og personlig koordinator for planprosessen innehar ulike eller for mange roller eller ansvar i deres arbeidshverdag. I enkelte saker eller for enkelte ungdommer avgjør personavhengigheten kvaliteten på planarbeidet. Et hjelpemiddel som kan fungere for bruker og tjenesteutøver er å bruke mal i Geric<sup>18</sup>. Noe som letter arbeidet og som er positivt er at kommunen tar i bruk dataverktøy og dataprogrammer nevner flere informanter. Det må videre forankres en kultur for godt planarbeid sier en informant. Brukerens interesse, motiv og behov for planen må sees i sammenheng med tidlig involvering fra hjelpeapparatet. En annen informant sier at det kreves arbeid over tid å komme inn tidlig i forhold til ungdom for å sikre informasjon og rettigheter om IP. En saksbehandler mener at voksentjenesten blir for sent involvert i saker som gjelder overføring av ungdom til voksensiden.

Forvaltning har til nå hatt hovedansvaret som systemkoordinatorer og for igangsetting av IP. Det har vært en utfordring i det å delegerer ansvar til andre nivåer, etater og sektorer ytrer en saksbehandler. Den samme saksbehandleren påpeker at yrkeshjelpere som arbeider innenfor helse – og sosialsektoren eller andre sektorer i kommunen har et selvstendig og forpliktende ansvar for utøvelse av IP. Dette kan gjelde se behov for IP, informere, IP- prosessens utarbeidelse og å være bevisst over sin rolle planarbeidet. Det å sikre kunnskap om IP blant annet gjennom opplæring og kurs er viktig i følge informantene. Det foregår samarbeidsmøter mellom fagressursgruppa; koordinerende enhet og rådmannens fagstab for å diskutere ulike problemstillinger i forhold til utvikling (og opplæring) av det individuelle planarbeidet. Fra hjelpeapparatets side handler det om behov for koordinering av tjenestene og flere aktører involvert i IP. En viktig del av samarbeidsmøtene er derfor å finne ut av og bli enige om hvem

---

<sup>18</sup> Geric<sup>18</sup> er et elektronisk pasientjournalsystem (EPJ) tilpasset pleie-, rehabiliterings og omsorgstjenesten i kommunene. Geric<sup>18</sup> er pr 2008, markedsledende i Norge. Systemet brukes av både små og store kommuner og er utviklet over mange år i samarbeide med fagpersonellet i kommunene.

som gjør hva i forhold til hvilke områder, behov osv. som gjelder i de ulike sakene for samarbeid i overgangen.

En saksbehandler signaliserer et håp om at IP kan være mer matnyttig for brukere det gjelder, slik at IP får en større nytteverdi, og at det ikke er det offentlige som har grunnlag for å gjøre bruk av individuelle planer. Et sentralt spørsmål formuleres slik av en informant: ”hvem er egentlig ”planeierne”... brukerne eller det offentlige system? Det skal ikke være tvunget på brukere fordi hjelpeapparatet har vurdert det til en god løsning for den det gjelder. Det må også være motivert fra brukerne fordi da sees brukermedvirkning og samhandling til ungdommens beste. Ungdommen må selv være delaktige og rom for utvikling av tiltak og samsvar på ønsker, tanker og drømmer som ungdommene vil eller ønsker å realisere. En informant formulerer det slik:

*da først blir det samsvar mellom å sette drømmer til folk ned på en plan og å omsette det i praksis, for det er egentlig det vi skal gjøre, når man har/gjør bruk av kreativiteten.*

Dette er formålet med IP samt å realisere de ”rette” drømmene målrettet for ungdommen nevner en saksbehandler. De ytterligere drømmer som ungdommene kan ha, handler om å ta egenansvar for selv i voksenlivet.

Det er nødvendig med lederforståelse, oppklaring og avklaring fra kommunens side. Det gjelder i forhold til rom for handling og tid for arbeidet med IP, mener en saksbehandler. Kanskje blir tilfeldigheter hvem som blir koordinator og utarbeidelse og utforming av den IP i det daglige arbeidet. Dette fører til at frigjøring av tid, støtte og opplæring av IP bør være prioritert i følge informantene. Pr. i dag blir det eller er det for lite erfaring til å følge opp IP i det daglige arbeidet. I dette har derfor kommunen et ansvar å komme med føringer og å konkretisere hva som er viktig å gjøre i praksis. I dag kan det være noe uklart eller abstrakt å forholde seg til hva som skal til for at planprosessen lykkes. Noe av arbeidet blir derfor personavhengig i et godt IP- arbeid som igjen kan føre til at det er foreldre styrer, koordinerer og tar ansvar, selv om det er hjelpeapparatet som skal ha denne oppgaven.

Kommunen er imidlertid i positiv utvikling mener en annen informant. Dette gjenspeiles i fokus på IP, oppfølging og at vilkår for å fylle retten til IP foretas av forvaltningen som har hovedansvaret. Tjenesteytere og forvaltning er forpliktet og pålagt til å utrede og avgjøre vedtak i samarbeid med deltakere forut for planarbeidet.

Kommunen har vært tydelige på å gi ansvaret for igangsettelse, initiering, vedtak og koordinator i IP gjennom forvaltning. Det var utydeligere før gjennom opplæring i IP. Yrkeshjelpere tilknyttet IP har uansett et selvstendighetsansvar samt i samarbeid med samarbeidspartnere sier informanter. Opplæring i forhold til IP gjelder for ansatte i kommunen og andre ytere i kommunen med interesse og behov for kunnskap om IP. Det gjelder særlig i forhold til koordinatorrollen for å sikre kompetanse og innsikt i hva det innebærer å følge opp og koordinere IP.

IP skal ikke være større en det er behov for og ønske om. En oversikt over livsområder for ungdommen er sentralt for ivaretagelse av behov, interesser og ressurser samt milepæler slik som overgang til voksenliv innebærer.

#### Oppsummering:

Rådmannens fagstab er kommunens øverste ansvarlig for utvikling av IP. Fagressursgruppa som er koordinerende enhet i kommunen, bidrar i samarbeid og diskusjon med rådmannens fagstab -gruppe. Videre utvikler fagressursgruppa blant annet opplæring, veiledning, IP som tema. Øverste ledelse utvikler retningslinjer for IP og samarbeidsrutiner mellom BFT og HVT. Kommunen ledelse har lagt ansvar for igangsetting (vedtak) av IP hos forvaltningen som også betegnes som systemkoordinatorer. Fordeling av videre utvikling og ansvar skjer via koordinatorer, fagpersoner og enten kommunale nivå eller helseforetak og andrelinjetjenesten. Det har imidlertid vært utfordringer i det å delegere ansvar fra forvaltningens side i følge saksbehandlere. Andre påpeker at det er et gode at kommunens forvaltning administrerer IP.

Tid, kapasitet, rom for handling og koordinering er elementer for videreutvikling av IP i kommunen. Det handler også om å sette brukermedvirkning og samarbeid i system. IP i seg selv tydeliggjør, ansvar, roller, og samarbeid som systemnivået skal støtte opp under. I praksis kan rolle – og ansvarsavklaringer være utfordrende eller uklare. Kulturen for samarbeid hos tjenesteyter må forankres tidlig i overgangen for målgruppas planprosess noe som retningslinjer i overgangen beskriver (vedlegg: 9).

Forståelse for at eierforholdet til planen og dets nytteverdi ligger hos bruker handler om deltakelse, innflytelse og påvirkning samt motivere ungdommen til selvstendigjørelse. Elektroniske verktøy kan bidra som metode for brukermedvirkning og forenkling av arbeidsoppgaver for yrkeshjelpere uttrykker saksbehandlere.

Forbedringsprosesser sees i forhold til kunnskap om IP- arbeid, tid, støtte og opplæring for koordinatorene. At forvaltning har ansvar som systemkoordinatorer kan sees som goder og ulemper for planutviklingen. Ytterligere konkretisering av planarbeidet sees i lys av det daglige arbeidet for planprosessen, ytres av en saksbehandler. Dette ønsker informanter skal bli mer tydeliggjort fra øverste systemnivå i kommunen.

## **5.2 Vilkår for retten til IP - i overgang til voksenliv**

Informantene har ulike begrunnelser for vedtak om retten til IP. Det er flere av ungdommene som burde ha blitt presentert for IP før de kommer over til helse – og velferdstjeneste mener en av lederne.

En saksbehandler sier det på denne måten om retten til å få IP:

*”trenger ikke være funksjonshemming, men mange deler som skal sees på samtidig og koordineres og samkjøres”*

Flertallet av saksbehandlere svarer at hovedhensikten eller utgangspunktet for rett til IP er ungdommens behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det innebærer videre at grunnlaget ikke har utgangspunkt i funksjonshemming, funksjonsevne/nedsettelse eller diagnose. Det skal dessuten være målsettinger som grunnlag for utvikling av IP. *”Hovedhensikten med IP er å få koordinert tjenester når det er mange (sammensatte) behov samt at de må koordineres og at det jobbes mot felles mål”.*

Ellers sier andre saksbehandlere at noe går på faglig skjønn eller lovverk, andre igjen mener det motsatte; at det går ikke verken på faglig skjønn eller lovverk. Da gjelder en vurdering fra sak til sak eller hensiktsmessighet og lav terskel for behov for langvarige og koordinerte tjenester. Sakens art eller hensiktsmessighet er begrunnet ut i fra behov for flere og koordinerte tjenester som skal inn over tid sammen med samarbeidspartnere.

En både – og løsning (faglig skjønn og lovverk) gjelder også som grunnlag for vurdering av hvilke ungdommer med eller uten barnevernstiltak som faller inn under kriterier for retten til IP. En saksbehandler fra en bydel sier at *”de har hatt IP for barnvernsbarn med utgangspunkt i funksjonshemming og ikke i omsorgssituasjonen”* og at *”barnvernsbarna har vedtak etter Lov om sosiale tjenester (LOST) for rett på planen”.* Barn og unge med sammensatte behov får tjenester og tiltak under Lov om sosiale tjenester nevnes også av en leder.



En saksbehandler sier det har vært et skille mellom ungdommene det vil si skille mellom ungdommer med barnvernstiltak og funksjonshemming. Det burde være en ”samlet” beskrivelse uansett barnevernstiltak, funksjonsnedsettelse eller funksjonshemming slik det står beskrevet i lovverk knyttet til individuell plan.

En annen rett på IP gjelder behov for flere (fag)profesjoner og fra ulike etater og kan da gå inn under andre lovverk enn LOST. IP har lovhjemmel i flere lovverk samt egen forskrift og veileder til forskriften. *”Ungdommen skal få tilbud om IP og vi skal motivere ungdommen samt at det er frivillig.”*

Lederne sier at det er først og fremst funksjonsnedsettelse hos ungdommer, sammensatte behov, samt behov for koordinering av tiltak og tjenester som svar på hvilke ungdommer får vedtak om individuelle planer. Noen ledere nevner også diagnoser og funksjonshemninger om hvilke ungdommer som har IP. Mens saksbehandlere sier i tillegg rus, psykiatri, sykdom og at *alle* funksjonshemmede ungdommer har IP som følges med over til HVT. Dessuten gjelder det ut i fra kognitive funksjonsnedsettelse og funksjonsevner for å klare selvstendigheten i voksenlivet og som trenger veiledning fra hjelpeapparatet.

En leder sier slik om retten til IP:

*”De av ungdommene som har IP, trenger ikke å være knyttet til diagnoser, funksjonshemming, psykiatri, rus eller sykdom hos ungdommene, men også gjelde sammensatte behov.”*

Andre ledere sier også (slik som saksbehandlere) at en vurdering skjer fra sak til sak, om det er hensiktsmessig, ut ifra skjønn og bruker må gi sitt samtykke for utarbeidelse for planarbeid.

Noen ledere henviser til lovverket og rettigheten(e) som ungdommer har for å få IP og at systemet har informasjonsplikt til å opplyse om rettigheter for ungdommen. Mangelfull informasjon om rett og rettighet til IP har vært en utfordring heller enn at ungdommen ikke skal få være inkludert i saker og møter sier en saksbehandler. Dette gjelder når ungdommen har behov for samkjøring av tjenester og etater. Og sier det på denne måten: *”Jeg tror ikke det har vært mangel på eller at ungdommen ikke skulle vært med i saker, men selve informasjonen og rett/rettighet til IP hvis du har behov for videre koordinering og behov for ulike etater inn i tjenester.”*

Det benyttes for lite individuelle planer og spesielt blant barn og unge mener flere saksbehandlere. Ungdommen må være informert og motivert samt ha forståelighet og betydning av å se virkningen av det individuelle planarbeidet. Gode individuelle planer oppleves imidlertid for ungdomsgruppa med sammensatte behov og funksjonsnedsettelse. Brukere kan oppleve planarbeidet som vanskelig på grunn av mange og forskjellige personer er involvert. Hvordan yrkeshjelpere formidler seg etisk overfor brukere er derfor sentralt sier en saksbehandler.

IP bør være forankret på ledelsesnivå, prioritert som viktig og nødvendig og som er i utvikling i kommunen i følge saksbehandlere. Og sier videre: ”IP er et godt verktøy for samarbeid med de ulike aktørene, men grunnlaget handler om å bruke planen. Brukeren står i sentrum gjennom en IP, og mange har retten til IP.” Dette handler om at IP er et styrings eller planleggingsverktøy som det gjenstår konkret å beskrive i praksis for ledelsen i kommunen sier en saksbehandler.

*I kommune utarbeides det IP, og i utvikling for å lage gode planarbeid, men enda gjenstår å lage gode IP`er. Ideen om IP kom fra brukerorganisasjonene (sier en leder) og som skulle være til hjelp for å styre det offentlige systemet og tjenesteyterne og administrering av de offentlige tjenester. IP er hensiktsmessig når brukeren vil det selv og mange deltakere er involvert (sier den samme lederen).*

I IP har brukere rett på vedtak om å få en IP, men det gjelder ikke innholdet av tjenester det vil si ingen vedtak om tiltak står i IP sier en saksbehandler. IP kan være en ganske ny arbeidsmetode hos enkelte saksbehandlere samt ansvarsområder i planprosessen sier en annen saksbehandler. Lovverkets innvirkning i den daglige praksis for saksbehandlerne er å innhente kompetanse og (tverrfaglig) samarbeid hos hverandre da de sitter samlokalisert i det offentlige servicekontoret. Det er viktig å ha kjennskap til og endringer i lovverket sier en informant. ”IP ligger som en rød tråd gjennom de offentlige tjenester etter hvert”. To informanter nevner om lovfesting av IP i LOB og andre nevner at IP er tilknyttet flere lover samt plikt for utarbeidelse av IP. Unntaket er at IP ikke er lovfestet i Lov om opplæring som er ønskelig for enkelte av saksbehandlerne. IP er noenlunde likelydende i lovverkene det inngår i nevnes av en saksbehandler. Lovene er ikke bevisst i det praktiske arbeidet omkring IP for målgruppa. ”... lovene er noe som ligger i bakgrunnen” og ”tenker ikke så mye på lovverket”.

Oppsummering:

Det kan oppfattes tilfeldig hvem i målgruppa som får innvilget vedtak om IP. Det kan videre oppfattes som om vilkår for retten til IP spriker i flere retninger. For det første gjelder det at saksbehandlerne og lederne beskriver kriterier for retten til IP ut ifra hensiktsmessighet, sakens art, vurdering fra sak til sak og lav terskel mens andre saksbehandlere og ledere begrunner ut ifra lovverk og/eller faglig skjønn altså behov for sammensatte, langvarige og koordinerte tjenester og ikke ut i fra egenskap ved individet. Både fra lederne og saksbehandlerne sier også at vedtak om IP begrunnes ut ifra funksjonshemming. Når det ikke er begrunnet ut ifra lovgrunnlaget, funksjonshemming, funksjonsnedsettelse, sammensatte behov eller faglig skjønn benyttes begreper som sakens art, hensiktsmessighet osv. En saksbehandler sier imidlertid at sakens art betyr flere og koordinerte tjenester som skal inn over tid sammen med samarbeidspartnere. En annen saksbehandler sier at IP kan gå under andre lovverk og som er knyttet til andre etater og profesjoner enn BFT og HVT. Det er dessuten flere varianter for utarbeidelse av IP og hvordan ytere utarbeider og utvikler IP. I BFT har retten til IP vært tilknyttet LOST. En saksbehandler sier noe om vedtak om IP etter LOST i barnevernssaker som omfatter funksjonshemming og ikke omsorgssituasjonen. Informantene benevner hovedsakelig LOST som avgjør retten til IP etter lovgrunnlaget. Opplysningsplikt for tjenesteytere om informasjon og rettigheter om IP handler om målgruppas startfase for utarbeidelse av IP. Oppdateringer av lovverk innenfor IP og tverrfaglig ressursutnyttelser skal sikre lovgrunnlagets utøvelse i praksis. Det kan synes som om lovverket i seg selv blir ikke benyttet i den daglige eller faglige praksisutførelse for planarbeid. Det kan være deprivasjon (mangel) på at ungdommer for oppfylt sine rettigheter og behov for videre koordinering av tiltak og tjenester.

### **5.3 Momenter før og etter vedtak om IP**

Uansett lovverk, faglig skjønn, funksjonshemming, barnevernstiltak, behov for langvarige og koordinerte tjenester er det viktig som en saksbehandler sier i et intervju at *”det handler noe om overgang til voksenliv som er viktig for ungdommen og IP er en del av dette... systematisering før også og å begynne å jobbe med dette i overgangen”*.

En saksbehandler sier at turbulente livsfaser og overgangssituasjoner for ungdommen handler om når tjenesteytere skal introdusere og se behov for IP. Det skal videre føre til samarbeid og at bruker har en bevissthet om å påvirke sitt eget liv. IP – prosessen vil derfor bli ulik fra sak til sak.

En aktiv deltakelse fra ungdommen handler om hvordan du som yrkeshjelper får med deg ungdommen i IP mener en saksbehandler.

En saksbehandler sier det slik om IP:

*Det blir en organisatorisk måte å arbeide med IP på, og over de tjenesteytere som skal inn. Flere varianter av utarbeidelse av IP og hvordan vi gjør det. Det er sakens art som bestemmer det. Det vil si at det ikke er en IP som gjøres likt... men lik struktur forenkler planoppsettet for brukere og tjenesteapparatet.*

Saksbehandlere nevner at i henvendelser om IP kommer det opp som tema hos for eksempel fastlege, habiliteringssenter, offentlig servicekontor og andre aktører og etater i den offentlige velferdsstaten. Det er ellers etter ønske fra foreldre, pårørende eller ungdommen selv. Forvaltning tar initiativ til IP når kommunen har omsorgen for ungdommen. Kommunen har da formelt "foreldreansvaret" og er representanter for ungdommen sier en saksbehandler. I følge en saksbehandler beskriver bruk av IP slik: ungdommen skal ha en oversikt (forutsigbarhet) over tiltak som skal gjennomføres og hvordan det skal gjennomføres. Det skal dessuten beskrives hvor lang tid tiltak er forventet å vare og hvilke samarbeidspartnere som samarbeider i lag med ungdommen for å føre dem over mot voksenlivet.

Nesten samtlige av saksbehandlere bruker en eller annen form for maler i utarbeidelse av IP for målgruppa. Malene brukes i forhold til skriftlige dokumenter, fagprogrammer; dataverktøy som gerica og SamPro<sup>19</sup> som er elektronisk nettbasert system. De som utfyller malene kan være bruker selv, pårørende eller fagfolk. Utfyllingen av maler skal være av hensiktsmessig art og skje ut ifra ønsker hos bruker. Ellers bruker fagfolkene fagprogrammet gerica og SamPro skal være brukerstyrt i størst mulig grad. En saksbehandler sier at maler i for stor

---

<sup>19</sup> **SamPro** er et elektronisk verktøy for å lette samarbeidet rundt Individuelle planer.

- Verktøyet kan tilby et elektronisk møtested for alle involverte på tvers av faggrensene og forvaltningsnivå.
- Verktøyet kan benyttes som et generelt samarbeidsverktøy der mange personer og instanser er involvert.
- Verktøyet er utviklet av Visma unique i samarbeid med flere fagmiljøer og brukergrupper. Trondheim kommune har vært en del av dette arbeidet.

SamPro er "bærer" av den individuelle planen, men inneholder også ulike samarbeidsverktøy som kalender, meldingsutveksling og dokumentarkiv.

Det er planeier som bestemmer hvem som skal ha tilgang til SamPro, og hvilken informasjon den enkelte skal få tilgang til.

Med tilgang til Internett har man også tilgang til SamPro, og det er like sikker tilkøpling som nettbank.

grad har vært styrt av bistandspersoner og dermed liten grad av brukermedvirkning. En annen saksbehandler sier at hun ikke følger maler slavisk.

Andre saksbehandlere er ikke opptatt av maler, men heller opptatt av dialog, samarbeid, deltakelse, innflytelse og påvirkning for målgruppa. ”Det er et redskap (IP) slik at ungdommens stemmer blir hørt.” ”Så det er et redskap for å få brukermedvirkning i saken.” ”Det er IP som er verktøy for å sette målgruppa i sentrum for brukermedvirkning.”

*IP skal være et levende dokument/levende prosess i samarbeid med bruker. Bruker skal selv forme den ut ifra hva han selv synes. Selve planen kan ha alt ifra en form; det at man har faste møter til at man skriver store dokumenter.*

IP utvikles gjennom informasjon, etter samtykke, kartlegging, prosesser, møter og samarbeid med mer i følge en saksbehandler.

*Vi (forvaltning) ser IP er en prosess som skal starte tidlig, så tidlig som mulig. Det handler om bevisstgjøringen hos ungdommen for å delta mest mulig i sitt eget liv. Da er IP en forberedelse, en levende prosess som ungdommen skal delta i. Han skal ha påvirkningsmuligheter på eget liv i mye større grad. Også bevisstgjøringen på å gå; altså ungdommens ansvar selv.*

En annen saksbehandler formulerer seg slik: ” IP er en bevisstgjøringsplan”.

De forskjellige variantene for utarbeidelse av IP er avhengig av behov og livssituasjoner for ungdommen. Enkelte ungdommer føler ikke eller ser ikke behov for IP som systemet kan iverksette for å synliggjøre fordelene ved bruk av IP ytrer en saksbehandler.

En saksbehandler nevner det sentrale i startfasen for utarbeidelse av IP.

*”har vi ivaretatt vår informasjonsplikt? Det er grunnfjellet i saksbehandlingen. Og det neste blir samtykkekompetanse. Dvs. treng/kan bruker delta... Det handler om hvordan du får med deg personen i IP”*

De fleste saksbehandlerne sier noe om kartlegging av livsområder; f. eks helse, interesser, bolig, jobb, utdanning, økonomi osv. som utvikles gjennom bruk av IP. Det gjelder også i forhold til mål, delmål og evalueringer av målene. Jo mer konkret og realistiske målene er; jo

lettere for å vurdere om målene er oppnådd eller ikke. Innholdet av tjenester kan oppfylles, men trenger ikke å gjelde når bruker ønsker det nevner en saksbehandler. Noen av saksbehandlerne synes fleksible løsninger, kreativitet og individuelle tilpasninger gjelder i utvikling av en IP og som fører til fokus på ungdommenes roller samt foreldrenes. Enkelte informanter synes dette er vanskelig å svare på og begrunnelsen er funksjonsnedsettelse hos ungdommen. Funksjonsnedsettelsen kan derfor være et hinder for kommunikasjon og samarbeid med ungdommen i følge informanter.

#### Oppsummering:

Sentrale deler i IP er å se behov for IP, introduksjon, systematisering i overgangen, samarbeid og brukervedvirkning. I introduksjonsfasen kan IP komme opp som tema fra brukere selv eller tjenesteapparatet. Planprosessen foregår i ulike varianter, dog med lik struktur ved hjelp av maler og dataverktøy. Maler kan være til hinder for brukervedvirkning. Planen skal være oversiktlig og forutsigbar når det gjelder tiltak, gjennomføring av tiltak, samarbeidspartnere og langvarigheten av tiltak/tjenester. Samarbeid, relasjon, motivasjon, samt kommunikasjon og tid er faktorer som sees viktig for ungdommen. Det kan synes som om ungdommen ikke opplever dette eller ser behov for videre tiltak i overgang til voksenliv.

Det brukes metoder som dialog, samarbeid, bevisstgjøring og brukervedvirkning i planprosessen. IP utvikles gjennom informasjon, samarbeid(smøter) etter samtykke, kartlegging, tiltak, mål og videre prosesser. Tjenester trenger ikke å oppfylles i IP. Organiseringen av ansvarsområder; hvem gjør hva og hvordan ligger hos tjenesteapparatet og brukere og tjenesteapparatet vurderer i lag temaet IP aktuelt som en videre prosess. Forutsigbarhet og gjennomførbarhet over tjenestetilbudet handler om at involverte aktører samarbeider med ungdommen i overgangen.

Når det gjelder om IP ivaretar fleksible løsninger, kreativitet og individuelle tilpasninger, så er dette synet delt mellom informantene. En begrunnelse for at IP ikke ivaretar fleksible løsninger og så videre, gjelder samtykkekompetanse, funksjonshemming eller funksjonsnedsettelse hos ungdommer.

## **5.4 Ungdommens deltakelse og innflytelse ved hjelp av IP**

Noen av informantene peker på funksjonshemming, funksjonsevne eller funksjonsnedsettelse hos ungdommen for hvordan brukervedvirkning fungerer:

*”utfordring når ungdommen i en eller annen grad er funksjonshemmet og deres bistandsbehov”.*

En problemstilling sier en saksbehandler; er hvem som er brukere i det offentlige tjenestesystem? Det handler om samtykke og hvem som kan samtykke på vegne av hvem og hvem som er aktører? Et annet punkt når det gjelder brukermedvirkningen er om ungdommens funksjonshemming, funksjonsevne og funksjonsnedsettelse legger grunnlag for samtykkekompetanse eller ikke. Det blir en utfordring å tolke ungdommens uttrykk og da er det foreldre, pårørende eller andre som kjenner ungdommen godt og som uttrykker ungdommens behov, meninger, forståelse osv. Det er derfor oftest foreldre som samarbeider med hjelpeapparatet. Enkelte saksbehandlere og ledere mener at når ungdom står ansvarlige via samtykke kompetanse, så har de ansvar for sitt eget liv (sosiale vesener med rettigheter og plikter). Det innebærer for ungdom at det forventes å stille krav til ungdommen. En annen utfordring for brukermedvirkning er at barnvernsbarna har vært underlagt planer som ikke har vært deres egne planer, derfor er det *”uvant for de med IP, innflytelse og deltakelse.”* Brukermedvirkning handler i stor grad om samarbeid mellom ungdommen, foreldre, pårørende; nettverk og hjelpeapparatet i lag.

En saksbehandler sier det slik:

*IP blir en prosess og en dialog rundt situasjonen og fremover. Brukermedvirkende prosess og gå inn og ha en samtale som de(ungdommene) har tenkt på, men aldri fått sagt noe om.*

En annen saksbehandler sier det på denne måten:

*Det er ofte foreldre evt. systemene som har vært og laget rammer for hvor de (ungdommene) skal bo og hvem de skal være sammen med og om de skal være sammen med betalte hjelpere eller ikke... prosessene handler om at andre har tatt avgjørelser på vegne av ungdommene.*

Andre saksbehandlere peker på motivasjon, ønsker, ressurser hos ungdommen, mens andre fokuserer på at det er det offentliges ansvar å høre ungdommens stemmer for deltakelse og innflytelse for det er ungdommen selv det handler om. For å få ungdommen til å forstå bruk av IP; kan foreldre involveres fordi det kan være enklere å få foreldre til å samarbeide for å forstå hva som er til det beste for ungdommen. Det handler om å strukturere livet systematisk (i fra hjelpeapparatet) for den ungdommen det gjelder sier saksbehandlerne.

I henhold til individuell plan er brukermedvirkning det sentrale for hvordan man kan lykkes i å utvikle IP som metode i det offentlige systemet. Dette var det flere saksbehandlere som nevnte. Hensikten er at brukeren selv i systemet vil få en oversikt og kontroll på hva som skjer i sitt eget liv samt vil ha en forståelse og innsikt i det offentlige byråkrati og hvordan det fungerer. *”Det er ungdommenes egne liv det handler om.”*

Andre saksbehandlere påpeker at det er foreldre, pårørende, foresatte som har den reelle brukermedvirkningen og som definerer ungdommens behov, ønsker, interesser ressurser osv.

En saksbehandler sier at det er av sentral betydning at hjelpeapparatet prøver å få til brukermedvirkning i praksis samt at det er ønskelig. Det er dessuten viktig å trekke inn samarbeid med ”voksentjenesten” i overgang til voksenlivet slik at ungdommen vet hvem som har hovedansvaret for de etter fylte 18 år nevner informanter Og at ivaretagelsen av brukermedvirkningen fungerer for ungdommen i overgangen til voksenlivet.

Tjenesteapparatet i følge en saksbehandler inkluderer ungdommen ved:

*”å høre på hva ungdommen selv sier, tenker, ønsker, meninger, hva en vil med livet sitt og hvordan få til dette.”*

Og en annen saksbehandler sier det slik:

*”samtaler, relasjon, og tillitsarbeid, informasjon, foreldres ivaretagelse, men ungdommen bestemmer selv først og fremst”*

Et sentralt moment som noen av informantene sa; var at det er lav terskel for å be om hjelp og støtte fra hjelpeapparatet igjen hvis ungdommen på et tidligere tidspunkt hadde valgt å avstå hjelp fra BFT (ettervern) og HVT.

Det var flere av informantene som mente at det var ønskelig med mer brukermedvirkning i overgangen og at det derfor var lite brukermedvirkning i forhold til ungdommens rolle i hjelpeapparatet. En saksbehandler sier at det er *”viktig å prøve å møte den personen der han er”... ” om det er en person som er veldig glad i hester; da kan vi skrive IP`n på et sånt skriveark med hester på da. Men jeg tror ikke vi er der enda”*. Saksbehandleren sier også noe annet viktig om ungdommenes brukermedvirkning ” ... ikke noe personlig forhold til planen... blir noe utenfor dem selv; ikke evne til å se behovet, eller vil klare seg selv uten hjelp fra systemet”. En annen saksbehandler sier det slik: *”ungdommen vil ofte ut av barnvern, klare seg selv, ser ikke behovet for IP.”*



Hjelpeapparatet prøver så langt det går; å få til brukermedvirkning for ungdommene samt ivareta foreldres rolle, sier en saksbehandler. Ivaretagelse av foreldrenes rolle gjelder foreldre(vern)retten som sier at foreldrene har rett til innsyn i forhold rundt sine barn og at personvernet/rettssikkerheten beskytter foreldre mot sensitive opplysninger i for eksempel offentlige dokumenter. Foreldre retten er også i forhold til brukere av systemet for sine funksjonshemmede ungdommer uten barnvernstiltak og for medbestemmelse i IP hvis ungdommen ikke har fylt 18 år. Systemet plikter å ivareta foreldre retten selv om barna ikke bor eller tidvis bor hos sine foreldre. Foreldre skal høres og ivaretas på grunn av foreldrevernretten. De har en rett til informasjon om barnet. Rettssikkerheten er en utfordring for systemet på grunn av særinteresser og behovet for egenbeskyttelse for foreldre.

Noen informanter påpekte at når det kan være mye som skjer i ungdommens liv i overgang til voksenliv er det viktig at det offentlige bidrar til informasjon, samtaler, veiledning osv. slik at det forenkler prosessen for ungdommen i overgangen. Dette er igjen avhengig av ungdommens funksjonshemming og at ungdommen selv bidrar og bestemmer over sitt eget liv sier flere informanter. Individuell plan eller planprosessen skal etter lovgrunnlaget bidra til at ungdommen deltar selv, er engasjert i eget liv og tar ansvar og definerer egne målsettinger. En styrket innflytelse gjennom IP og at den oppleves positivt for ungdommen skal sørge for at ungdom får styrke eller motiveres til å klare seg selv i voksenlivet. En tidlig involvering fra ”voksentsjeneren” og tett samarbeid med involverte parter bidrar også til at ungdommen får en opplevelse av systemet som støttespillere og medhjelpere i denne overgangsprosessen. Funksjonen til det offentlige hjelpeapparatet er at de skal være støttespillere i brukerens hverdagsliv slik at brukere (ungdom) blir mest mulig kreativ i sitt eget liv sier en saksbehandler.

Når individuell plan utvikles i ulike varianter kan det føre til styrket påvirkning og opplevelse av deltakelse og innflytelse i sitt eget liv, fordi behovene defineres ut ifra ungdommen selv ( i følge informanter). Når individuell plan forankres i det miljøet hvor ungdommene oppholder seg i og dermed aktivt bruk av planen kan også føre til styrket innflytelse over hverdagen for ungdommen. Det kan handle om motivasjon, egenansvar (fra ungdommene), og fokus på målsettinger eller forhold rundt og konkretisering på livsområder. Dette kreves mye av omsorgspersoner rundt ungdommen og når det offentlige innehar omsorgsrollen har vi et stykke å gå mener informanter.

*Når man er begynt å bli voksen og man er villig til å være med på dette og ta ansvar for seg selv, så er IP god til å bruke for å få fram forhold som er aktuelt å ha med og ha fokus på det... motivering og prøver å konkretisere hva innholdet skal være og å følge opp; konkretisere hva innholdet skal være i forhold til forskjellige områder og følge opp det sammen med ulike bistandspersoner.*

Andre informanter pekte på at når brukeren ble 18 år har de et ansvar for eget liv; vel og merke at de har samtykkekompetanse og medvirker i den individuelle planen som er brukers plan. Det bør videre foregå en systematisering og ansvarliggjøring over hvem skal gjøre hva. Systematisering kunne handle om struktur eller systematisering rundt ungdommen for at han eller hun får/har en bedre tilværelse.

En informant nevnte overgangen fra barnesiden og over til voksensiden som en utfordring fordi barnvernet kan ha en omsorgsrolle i forhold til ungdommen, og dermed tettere oppfølging og at helse – og velferd i mindre grad har omsorgsrollen overfor ungdommen og at ungdom må tidlig tenke ”voksenliv”.

Andre informanter mente at innflytelse over egen planprosess varierte fordi nytteverdien i en slik plan foreligger i systemet og for foreldre. Ungdommen selv så ikke behovet for eller motsatt, at ungdommen ikke visste at de hadde en individuell plan og derfor viktig med:

*”bevissthet og åpenhet rundt individuell plan”.*

Noen ungdommer vil klare seg selv uten å være avhengig av hjelpeapparatet og har derfor ikke noe forhold til hva en individuell plan innebærer for ens liv. Det kan handle om:

*å møte ungdommen der han er... unngår byråkrati, maler, skjemaer, ”firkantethet”... hører ungdommens egne stemmer inn i planprosessen. Noen ganger vanskelig for ungdommen på grunn av mulighet for å bestemme som de aldri hatt før.*

#### Oppsummering:

Informantene påpeker at brukermedvirkning for ungdommen sees for det første om det å ha samtykkekompetanse eller ikke. Dernest foreldrenes/pårørendes innvirkning for samarbeid og tolkning av ungdommenes behov. Videre handler det om funksjonshemming, funksjonsevne og funksjonsnedsettelse samt ungdommenes bestemmelse over eget liv.

Brukermedvirkning handler ikke minst om ungdommenes egne erfaringer med hjelpeapparatet. Dette kan sees gjennom motivasjon, ønsker, ressurser, ansvar, mål og livsområder hos ungdommen.

Innflytelse og deltakelse handler også om metoder som tid, kapasitet, relasjon og kommunikasjon.

Taushetsplikten gjelder i forhold til ivaretagelse av både ungdommenes og foreldrenes rettsikkerhet. Rettsikkerheten oppleves utfordrende i hjelpeapparatet.

Brukermedvirkning handler også om hjelpeapparatets bidrag til informasjon, samtaler, samarbeid, omsorg, egenansvar og veiledning for ungdommene.

Det synliggjøres positiv opplevelse av styrke, mestring og motivasjon i overgang til voksenlivet ved hjelp av IP. Det gjelder også for opplevelse av hjelpeapparatet som støttespillere og medhjelpere i overgangsfasen.

Planen synliggjør en aktiv prosess og miljømessig forankring for ungdommen. Yrkeshjelpers fag – og relasjonskompetanse (livsområder), system og struktur er viktig i den sammenheng. Ungdommens faktiske behov som blir definert i planen fører til ulike planer. Det innebærer at kan IP tilpasse seg ungdommens behov.

Det synliggjøres i følge saksbehandler at enkelte ungdommene kan ha brukermedvirkning i planen. Samtidig sees en annen side hvor brukermedvirkning ikke virkeliggjøres for alle ungdommer med behov for (videre) langvarige og koordinerte tjenester – i overgang til voksenliv.

## **5.5 Samarbeid mellom ”barne-, og voksentjenesten” i kommunen**

Lederne gir inntrykk av at det var lettere med samarbeid om ungdom med IP. Enkelte saksbehandlere har oppfatning av at tjenesteapparatet ikke var avhengig av IP for godt samarbeid, men at *”vi (yttere) må støtter opp under de prosessene på samme måte”* i overgangen, for eksempel i form av brukermedvirkning. En saksbehandler mener ansvaret for IP er uklart på grunn av organiseringen på forvaltningsnivå, mens andre er positiv til IP i framtiden for målgruppa og at IP er styrt fra forvaltning.

Utgangspunktet for samarbeid er at BFT- forvaltning tar kontakt for ulike møtevirksomheter med HVT gjennom informasjon og formidling og planlegging i overgangen. BFT trekker seg ut etter en viss tid og voksentjenesten fører veien videre.

Planen skal sikre en overføring fra et stadium til et annet (mellom BFT og HVT) i følge informanter. Arbeidsfordelinger må tydeliggjøres mellom aktører og hovedansvarlige for organisering av arbeidet rundt IP. Samarbeid handler om informasjonsutveksling ut i fra brukers perspektiv for forankring av planens innhold mener en saksbehandler. Gode systemer for kvalitetssikring er eksempel på hva samarbeid menes i IP for saksbehandlerne. Dessuten gjelder også felles samarbeidsrutiner eller retningslinjer for samarbeid på satsningsområder i kommunen som ungdom innebærer. Samarbeidsforum som offentlig service kontor – team, handler om bevisst utvikling av samarbeid samt koordinatorene.

Innenfor barnesiden er det en annen organisering enn det som er på voksensiden nevner en saksbehandler. På barnesiden har de arbeidsoppgaver eller roller som er mer omfattende, mens voksensiden er arbeidsoppgavene eller rollene delt opp, slik at arbeidsbyrden seg imellom er mindre tid og rollekrevene. En saksbehandler nevner derfor at det er forskjell på arbeidsmetoden på bruk av IP mellom BFT og HVT. Forvaltning dokumenterer all bruk av IP på BFT, mens i HVT arbeider koordinator ved at denne sikrer at andre instanser får ansvar for videreføring og at en bestemt instans får hovedkontakt- ansvaret. Arbeidet delegeres til HVT – oppfølging (oppfølging = utfører), mens forvaltning (bestiller) trekker seg mer ut. Uansett vedtak på planen, endring, justering ved behov, så ligger ansvaret hos HVT - forvaltning. En utfordring i samarbeidet er å oppdatere underveis om hvilke justeringer og endringer som kan oppstå og at det er tidkrevende å lage IP og avhengig av hvordan dette gjøres. Det blir tidkrevende hvis en koordinator/forvaltning har ansvar for å utarbeide og utvikle planer. En informant nevner dette i flere setninger som er laget punktvis:

- Å sikre koordinering som involverer flere instanser
- Organisere møter
- Fungere av samarbeidet med bruker og instanser
- Hvordan møtevirksomheter skal være/fungere
- Oversikt over og hva hver enkelt instans skal gjøre i lag med bruker
- Forankring av en kontaktperson

Utfører foretar tiltak, tjenester og mål i lag med bruker og tett samt langvarig oppfølging i forhold til ungdommen.

En annen utfordring i det planmessige samarbeidet omhandler systematikken i det å koordinere tiltak og tjenester samt kontinuiteten av koordinatorrollen og eller kontaktpersoner i følge en saksbehandler.

På den positive siden har de fleste saksbehandlerne en oppfatning av at samarbeidet mellom barne-, og voksensiden i overgangen for ungdom er:

- En opplevelse av godt samarbeid
- Gode samarbeidsrutiner
- Utviklende
- Gode samarbeidsklima
- Lav terskel for samarbeid

Innholdet i hvordan det oppleves for hver enkelt saksbehandler er derfor en generell beskrivelse og opplevelse av positivt samarbeid. Dette innebærer videre en beskrivelse av at helse – og velferdstjenesten blir involvert tidlig i prosessen i overgangen samt for brukere. HVT må ha god informasjon om ungdommenes behov samt en kartlegging av bistand for ungdommene. Det vil videre si at informasjon om forberedelse og planlegging legges til grunn for hvordan overgangen kommer til å bli. Disse forberedelsene og planleggingene gjelder i forhold til livsområder (blant annet bolig, økonomi, utdanning, arbeid) som er viktig å fokusere på for hvert enkelt individ. Kommunikasjon i samarbeidet gjelder om sentrale faktorer i forhold til overgangen for ungdommen, som forankres i den individuelle planen samt en bevisstgjøring (tenke voksenliv, selvstendighetsgjøring) i forberedelses og planleggingsfasen. Etter samtykke fra bruker kommer HVT inn i bildet for samarbeid i overgangen. Det kan kreves et samarbeid i overgangen som krever minst 1/2 - 4 års forberedelse. HVT kan dermed involveres tidlig og blir med i denne perioden fra å være observatører til en mer aktiv deltakelse og involvering overfor ungdommene når de nærmer seg 18 år. BFT kan bli med over til ”voksensiden” for bistand i forhold til behov når det gjelder kunnskap eller kompetanse i enkeltsaker for ungdommer. Dette kalles også for en ”glidende” eller ”smidig” overgang når samarbeidet blir overlappende i overgangen og etter at ungdommen har fylt 18 år. Tiltak og eller tjenester kan etter vurdering og behov følge med ungdommen, i samarbeidet mellom barne-, og voksensiden.

Det kan være faglig uenighet i samarbeidet som ikke oppleves negativt og at det er rom for diskusjoner og argumentasjoner. De faglige uenigheter kan handle om hvilke behov, bistand eller hvor tett oppfølging i forhold til den enkelte tjenestemottaker skal være. Løsninger på tiltak og tjenester er ut ifra tjenesteapparatets tjenester og tiltaksytelser. Det skjer at etater overprøver hverandre for å få gjennomslag for sine argumenter av faglige drøftinger, men ”som oftest blir vi enige” sier en informant. Andre saksbehandlere sier det på denne måten:

*”kommunens ansvar å sørge for gode prosesser mot selvstendigjørelse for ungdommen for disse strever ekstra mye. I IP trenger man ikke å være enig... positivt utfall dog.”*

*..., at man klarer å få et helhetlig bilde. Det er ikke alltid man har det heller. Så når vi diskuterer fram til hva som kan være lurt, som oftest blir vi enige. Man må diskutere; argumentere litt.*

Når det er behov for tettere samarbeid fører dette til oftere eller tettere møter; eksempelvis kan det gjelde tjenester som HVT har midler over i følge informanter. Dette kan også gjelde i oppstart av saker da det kan være viktig med et tett samarbeid og hyppige møter for å videreføre veien sammen med ungdommen. I denne oppstartfasen kan det, som nevnt i forrige avsnitt, være viktig å etablere et oversiktsbilde f. eks over hvem som er involvert og hvem gjør hva og hvordan i overgangsprosessen.

*”for det er noe med å samle informasjon og opplysninger, så bredt som mulig, at man klarer å få et helhetlig bilde.”*

I følge en saksbehandler tilpasser man samhandling i forhold til funksjonshemming dvs. har bruker samtykkekompetanse og kan dermed inkluderes i samarbeidsmøter? Hvis ikke, skjer det med foreldrenes, pårørendes, hjelpeverges deltakelse for samarbeidsmøter i lag med det offentlige system. *”I samarbeid kan det være riktig at foreldre er deltakende.”* Samarbeidsformer er offentlige etater og bruker i møtevirksomheter. Gerica brukes i samarbeid og overføringsmøter mellom BFT og HVT. Når det gjelder samarbeidet i forhold til individuell plan, så bidrar IP til blant annet å delegere ansvarsområder som igjen fører til at det tverrfaglige samarbeidet kommer tydelig fram i følge en saksbehandler. Hjelpeapparatets behov for samarbeid er behovet for å koordinere eller samkjøre tiltak eller tjenester i den individuelle planen for bruker, og bruker har sine behov. *”Sense/føle hva som er riktig/anbefale ting i samarbeid med bruker.”*

Samarbeidet mellom barne-, og voksensiden er preget av lav terskel eller lett tilgjengelighet fordi BFT og HVT holder til i samme lokaler (samlokalisering) sier informanter. Det brukes dataverktøy, ansvarsgruppemøter (og måter å drifte ansvarsgruppemøter på f. eks med eller uten brukere/pårørende), andre (samarbeids)møter med referater og statusrapporter. Ukentlige møter gjennom offentlige service kontor (OSK- team) hvor alle etater er representert inkluderer også for samarbeid. Andre samarbeidsformer er e - mail, telefon og andre kommunikasjonsformer. Ivaretagelse av tiltak i overgangen til voksentjenestene kan videreføres og økonomisk sikres eller begrunnes av ledere.

I prosedyrene for overføring til voksentjenesten handler det om dialog i lag med bruker sier en saksbehandler. Godt rutiner nevnes av en saksbehandler, men at kapasiteten ligger som hinder for ytterligere samarbeid. Dersom behov foreligger stiller HVT – forvaltning på møter for diskusjon etter samarbeidsavtaler med helseforetakene og andrelinjetjenesten.

Ungdommer med funksjonsnedsettelse har behov for ivaretagelse av rettigheter i HVT (og BFT) og godt samarbeid i forhold til denne ungdomsgruppa mellom BFT og HVT. Det er ofte etablert ansvarsgrupper overfor denne målgruppa i kommunen sier informanter.

Overføring av barnvernets ungdommer er av nyere dato på grunn av at IP ble hjemlet i Lov om barneverntjenester i 2009 nevner en leder. HVT har hatt andre typer tiltak enn BFT sier samme leder. Det vil med andre ord si at *"mellomgruppa"* eller *"målgruppa i overgangen til voksenliv"* må planlegges slik at ungdommen selv er klar over at de føres over mot voksentjenesten. Det kan innebære at systemskiftet for ungdommen blir ufordelaktig i form av avsluttede tiltak eller at tiltak og tjenester som HVT har, ikke er tilpasset ungdommens behov.

Det foregår en pioner eller nybrottsarbeid i planarbeidet som innehar roller som koordinator og kontaktperson som igjen skal være forståelige. Det vil videre si at diskusjoner rundt yrkesrollene i IP- arbeidet, kan overskygge ungdommenes behov. Det gjelder for eksempel kontaktperson (bindeledd mellom bruker og hjelpeapparat) som kan ha sin rolle, mens forvaltning (systemkoordinatorer) har sin rolle med å samkjøre prosesser for å få på plass planen. Noen ganger kan dette arbeidet være vanskelig å videreføre, fordi alle i plangruppa må vise ansvarlighet mener en saksbehandler. Når flere deltakere er involvert desto vanskeligere å komme til enighet angående målsettinger i følge en saksbehandler. Mens andre informanter sier det kan være en fordel eller lettere med et formalisert samarbeid med flere involverte.

En utfordring i det tverrfaglige samarbeidet og som kan virke uoverstigelig for yrkesyttere er at deltakere skal møtes til samme tid, sted og rom. Tverrfaglighet handler også om handlingsrom i følge en saksbehandler.

Noen informanter sier de ikke har noen forutsetning, formening eller at de vet ikke om planprosessen utgjør et lettere samarbeid. Andre informanter mener at kommunen er god på ansvarsgruppemøter, men tror ikke at samarbeid og IP- arbeidet er enklere. En saksbehandler mener at IP er strukturert for et godt tverrfaglig samarbeid. Og andre saksbehandlere igjen antar at IP utgjør et lettere formalisert samarbeid. Det at utbredelse av planen ikke er så stor, er at planen ble for komplisert for systemet og dermed også for brukere. Enkelt, lett og tilgjengelig bør en IP være sier en saksbehandler. Tjenesteapparatet kan arbeide planmessig selv uten IP påpeker en saksbehandler og arbeidet foregår også da gjennom en tjenesteutøver. Situasjonen rundt ungdommer avgjør fordelene ved å jobbe planmessig. En annen saksbehandler sier det er større forståelse for hvilke behov enkelte grupper av ungdommer har i planarbeidet. Dette gjelder for funksjonshemmede ungdommer og ved store sammensatte behov. Det er bred enighet om hva som er ungdommens beste hos involverte instanser, i møtevirksomhet og når det gjelder beslutninger sier en annen saksbehandler.

Å få med involverte samarbeidspartnere og ansvarliggjøring for hva som skjer i overgangen fra barnesiden til voksensiden kan forstås eller oppfattes forskjellig fra ulike aktører (fagprofesjonelle) sier en saksbehandler. Det at tjenesteytere opplever en felles del – ansvar eller ikke, påvirker et godt tverrfaglig samarbeid for ungdommens overgang til voksenliv sier samme saksbehandler. Selv om ungdommen er fylt 18 år kan de fortsatt ha behov for ulike tjenester, tiltak, behandling, omsorg og som kan være riktig å videreføre.

Annet som er til hinder for godt samarbeid gjelder tidsperspektiv og kapasitet eller manglende og eller lite egnede tiltak for ungdommen. Tiltak kan dermed bli avsluttet, stopper opp av seg selv, eller ungdommen selv ikke ønsker tiltak fordi tiltakene er i fra systemets side og ikke tilpasset ungdommenes behov.

Det tverrfaglige samarbeidet kan noen ganger være utfordrende i forhold til horisontalt samarbeid; altså samarbeid innenfor kommunen (f. eks med skoler, HVT ). En utfordring i samarbeidet kan gjelde turnusordninger som vanskeliggjør møtetidspunkt med andre fagpersonell i dialog for samarbeid.

Oppsummering:



De aller fleste informanter gir inntrykk av et (generelt) godt samarbeid, mens det på enkelte områder eller mellom forskjellige instanser uttrykkes det at samarbeidet kunne vært bedre eller er for dårlig. På generelt grunnlag oppleves et positivt samarbeid gjennom tidlig involvering fra HVT, informasjon og kartlegging, fokus på livsområder og kommunikasjon i overgangen. Forberedelse og planlegging handler om selvstendigjørelse for ungdommen på veien mot voksenlivet. Når det er behov for tettere og hyppigere samarbeid oppleves samarbeidet også som positivt. Det at BFT og HVT ligger samlokalisert skaper fysisk kontakt og dialog for samarbeid (lett tilgjengelighet og lav terskel for samarbeid). Offentlige ansatte bruker dataverktøy for elektronisk samarbeid som skaper raske formidlinger og kan skape deltakelse fra involverte parter. Forvaltning har ansvar som systemkoordinatorer og for utvikling, endringer og justeringer i IP. Saksbehandlere beskriver rollen som koordinator som en krevende rolle.

Ansvarsgrupper er en vanlig praksis i kommunen for tverrfaglig samarbeid og handler om fordeling og ansvarliggjøring av fag og kompetanseområde i IP. Å delegerer ansvarsområder bidrar til å styrke og tydeliggjøre det tverrfaglige samarbeidet. Fagpersonell erfarer som oftest enighet i samarbeidsmøter og samarbeidsformer. I OSK- møtene erfares (enkelt) saker som blir tidligere belyst og drøftet i samarbeid for videre utvikling. Det oppleves som godt samarbeid for ungdommer med funksjonsnedsettelse i overgangen. Økonomisk kan tiltak og tjenester videreføres over til HVT som beror på om tjenester er tilpasset ungdommens behov. Rutiner og retningslinjer i overgangen som kommunen har utarbeidet kan fungere godt, men som trenger å videreutvikles. I samarbeidet er dialog med bruker det som skaper godt samarbeid i overgangen. Planlegging er et stikkord for godt tverrfaglig samarbeid. IPs struktur kan fungere som utgangspunkt for tverrfaglig samarbeid. Fordeler som kan fungere for godt tverrfaglig samarbeid er situasjoner rundt ungdommen og flere involverte i planprosessen og forståelse for ungdommenes behov.

Tid, kapasitet, rom og handlingsrom kan ligge som hinder for ytterligere samarbeid selv om rutiner er på plass for godt samarbeid. Diskusjoner rundt fagprofesjonelles yrkesroller, involvering og ansvarlighet kan oppstå og hindre samarbeid. Desto flere deltakere som er involvert kan føre til uenigheter i planarbeidet. Andre utfordringer for tverrfaglig samarbeid handler om deltakelse for involverte parter på møter og bruk av møtevirksomhet som grunnlag for planarbeidet. Ansvarliggjøring av oppgaver samt om tiltak er egnende eller ikke, kan også være utfordringer i samarbeid. Det er også tvetydighet eller usikkerhet om IP utgjør

et lettere samarbeid. Det kan begrunnes i at hjelpeapparatet ikke trenger å bruke IP for et godt tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid kan også være utfordrende mellom etater.

For sen involvering fra voksentjenesten sin side i overgangen kan også hindre gode overganger for ungdom.

Ulik organisering eller ansvar – og rollefordeling samt arbeidsmetoder i BFT og HVT kan utfordre i samarbeid med bruker og offentlige ansatte (hjelpeapparatet). En annen utfordring for samarbeid mellom BFT, HVT og ungdommen gjelder videreføring av tiltak og tjenester i overgangen som kan handle om at innholdet i IP ikke er tilpasset ungdommenes behov, men ut ifra kommunens ressurser.

## **5.6 Kommunens interne og eksterne relasjoner**

*”samarbeidsformer er ulike kontaktformer; brev, møter med aktuelle parter, ulike varianter ut ifra informasjon, situasjon, art, type som er av betydning for helheten og delene.”*

Forskjellige (fag)profesjoner skal sikre en kontinuitet for å få belyst livsområder mener saksbehandlere. Når profesjonene samarbeider handler det om bevisstgjøring, dialog, informasjon, rettigheter og muligheter på ulike områder heller enn kvalitetssikring (av områder) I følge informanter. Når ungdom står overfor utfordringer, kan livsområder være viktig å belyse sier informanter. Bruker kan si seg uenig på grunn av fokus på andre områder i sitt liv.

Ulike instanser blir tilknyttet den individuelle planprosessen. Når HVT kommer inn i bildet er det gjerne etablert samarbeidsforhold med de øvrige instanser. Når det er behov for ytterligere samarbeid kan HVT ta kontakt med øvrige instanser eller at HVT ønsker å overføre ungdommen over i voksentjenesten.

BFT innkaller til møte for oppbygging av tiltak og tjenester med det øvrige tjenesteapparatet ofte ut ifra bekymringsmeldinger og ikke andre områder enn ut ifra bekymringsmeldingen. Tiltak og tjenester er som regel påbegynt av BFT for ungdommer med IP. HVT viderefører eller ny vurdering av tiltak og tjenester i tverrfaglig samarbeid. BFT har egen oppfølgingstjeneste; (BFT -tiltak) som utfører tjenester og tiltak på oppdrag fra BFT-forvaltning etter vedtak. I barnevernssaker koordinerer BFT – forvaltning tiltak og koordineringsroller. Koordinator har oversikt og ansvar over områder hos ungdommen blant annet rettsikkerheten til enkeltungdommen og grader av informasjon styres gjennom

koordinator. Andre nivåer og eller øvrige instanser utfører de tjenester som er vurdert eller utredet i tverrfaglig samarbeid og opprettet som vedtak i IP. De involverte yrkeshjelpere har et selvstendighetsansvar; behandlingsansvar og oppfølging i forhold til ungdommen. BFT – forvaltning kartlegger behov til ungdom, for tiltak og tjenester ved hjelp av lovgrunnlag(LOST, kommunehelsetjenesteloven). Det vil si at tiltak og tjenester har grunnlag i det som utgjør det ”rette å sette inn”. BFT gir også ut informasjon, fungerer som utspørrere og ”siling” av hvilke typer tjenester som er aktuelle i følge informanter.

I følge informanter står ansvarsgruppermøter også for mye av det tverrfaglige samarbeid med det øvrige tjenesteapparatet (ulike nivåer og etater i velferdssektoren i kommunen). På disse møtene diskuteres hva som er blitt gjort i IP og ulike instanser har sine ansvarsområder å følge opp. En utfordring ved store møter som ansvarsgruppemøter hvor mange personer er involvert, kan være belastende fra brukerens perspektiv fordi brukeren er ”alene” mot ”flere andre”. Andre brukere kan likevel oppleve dette som positivt i den individuelle planprosessen, fordi de får snakket med aktuelle aktører om sitt behov for informasjon, bistand, behandling osv.

Det utstrakte samarbeidet med det øvrige tjenesteapparatet kan være i samarbeid med skoler, andrelinjetjenesten, fastleger, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.m. Fastleger har ansvar for og koordinering av helseoppfølgingen.

Typer av tjenester, tiltak og bistand kan være fra praktisk bistand i hverdagen til spesialisert faglig plan for eksempel innenfor psykiatri, ergoterapeut – og fysioterapeut tjenester, andrelinjetjenesten som (re)habilitering inkludert veiledning til tjenesteytere i det kommunale hjelpeapparatet. Tjenester kan også skje gjennom skole, fosterhjem m.m. Tiltak og tjenester skjer også utenfor bykommunen (for eksempel barneverninstitusjoner).

Tjenesteytere innenfor forvaltning på både BFT og HVT har en god kompetanse på saksbehandling og samarbeidsavtaler med HVT sier en av saksbehandlerne. Det foregår samarbeidsmøter og kontinuerlige; faste møter over tid, før et tilbud fra kommunen blir etablert. Samarbeidspartnere i disse møtene blir da overflyttet til det kommunale tilbudet. Tilgjengeligheten for samarbeid er større i enn utenfor kommunens område. Et system kommunen har er Group Wise<sup>20</sup> som gjør det enklere og lettere å kontakte andre

---

<sup>20</sup> Group Wise er en meldingstjeneste og samarbeidende programvare plattform som støtter e- post, kalender, personlige opplysninger, ledelse, chat og dokumenthåndtering.

samarbeidspartnere for møtevirksomhet og samhandling. Det er imidlertid en utfordring å koordinere disse møtene.

### Oppsummering:

Kapittel 5.6 er ut ifra informantenes beskrivelse for samarbeid og relasjoner i og utenfor kommunen. Livsområder er sentralt for å sikre kontinuitet i overgangen sier saksbehandlere. Det handler om måten yrkeshjelpere arbeider på og i forholdet til bruker. Ulike instanser blir tilknyttet IP samt involvering og deltakelse fra HVT i overgangen. Oppbygging av tiltak og tjenester er foretatt av BFT i første omgang. HVT viderefører tiltak. Offentlige ansatte innehar plikter i sin yrkesutøvelse. Ansvarsgrupper er mye brukt og kan oppleves fordelaktig eller til ulempe.. Samarbeidspartnere er hovedsakelig 1. og 2. linjetjenesten. Saksbehandlere har kompetanse på saksbehandling og BFT og HVT kan skape raske kontaktforbindelser, likevel kan det være vanskelig å koordinere møter. Offentlige tjenester som ungdom får vedtak på ender i et kommunalt tilbud.

## **5.7 Kommunens bruk av IP for helhet og sammenheng i overgangen**

BFT har en tett oppfølging når ungdommen nærmer seg 18 år. En ansvarsbevissthet må motiveres hos ungdommen i følge en saksbehandler.

Målet for koordinering av tiltak og tjenester i forhold til brukergruppa og hjelpeapparatet er formulert slik av en informant:

*Målet er jo at ungdommen skal greie seg mest mulig selv uavhengig av systemet eller uavhengig av bistand. Men om de er avhengig av bistand da har de likevel en opplevelse av at de faktisk selv styrer livet sitt.*

Ulike aktører i tjenesteapparatet ser på livsområder i det faglige arbeidet som viktig. Det gjelder også for ansvarliggjøring av oppgaver og roller for tjenesteytere. Kommunen er ikke forpliktet til å oppfylle innholdet i IP. Det er imidlertid viktig å være tett på bruker i dialog, for å inneha oversikt i IP, korte evalueringspunkter for tiltak og tjenester som strekker seg over flere år. Overgangen f. eks 16 – 20 år skal være en plan ut ifra ungdommens behov og en aktiv plan på grunn av utvikling som skjer rundt og for ungdommen. ”IP er en prosess og en dialog rundt situasjonen og fremover i lag med ungdommen for bevisstgjøring.”

En saksbehandler sier at ungdommene i systemet skal være deltakende, ha innflytelse og påvirkning og bruke det offentlige system som støttespiller og medspiller - i overgangen til voksenlivet. Fagpersoner har gjerne sitt fagspråk i fagutøvelsen og i tverrfaglig samarbeid; derfor sentralt i møte med ungdommen å bruke hverdagsspråket.

Det å utvikle mål (vektlegge områder i livet) eller målformuleringer kan være en utfordring mener en saksbehandler. Det er imidlertid viktig at hjelpeapparatet ikke kjører for fort fram i utarbeidelse og utvikling av IP slik at bruker får tid til å tenke seg om i denne prosessen nevner en saksbehandler. Tjenestene kan oppfylles etter alternative, kreative løsninger som kan være vanskelig å utarbeide eller tid og rom for å utvikle. Det er som oftest sammenheng mellom ønsker og mål i den IP for ungdommen i følge en informant.

Det kan være slik at behov eller tiltak som er foreslått, ikke er ønsket eller stemmer overens med ønsker eller behov bruker har i følge en saksbehandler Det kan også være slik at ønsker innvilges, men at det ikke ble som forventet ut ifra behov som bruker har sier en annen saksbehandler. Ellers former tjenestene treffsikre tilbud som er etter ønsker og behov fra brukere. Tjenesteytere kommer med innspill til forslag til tiltak, tjenester, mål og utgir informasjon sier informanter.

Smidige overganger forekommer når HVT trekkes inn så tidlig som mulig og viderefører i overgang til voksenliv uttrykker en saksbehandler. Tidlig involvering er viktig for å unngå et for brått systemskifte. Overgangen til voksenliv for målgruppa byr ikke på stor problemer eller diskusjoner mener en annen informant. En informant i fra lederintervjuene sier det slik: *"det handler om smidige overganger."*

Ungdommen ser ikke engasjementet i å forberede planen (IP) sier en saksbehandler. For ungdom uten barnevernstiltak er som regel foreldre pådrivere og som fyller innholdet i IP for funksjonshemmede barn. En saksbehandler sier at når det offentlige system plikter å oppfylle omsorgsrollen og framstille IP for brukervedvirkning; har systemet en vei å gå.

Forståelse av bruken for IP er sentralt for at tjenesten opererer bedre. Det handler om at brukeren er i sentrum og for å nå mål er IP et styringsverktøy. En saksbehandler sier det på denne måten:

*Om man hadde skjønt bruken av IP, så hadde tjenesten helt klart blitt mye bedre. Tilbudet hadde blitt mye bedre med brukeren i sentrum, som jo er "cluet" med IP. IP er et verktøy for å nå et mål. Målet er å bedre livskvaliteten slik at ungdommen klarer å stå på egne bein. Systematikken, at brukeren står i sentrum, god koordinering*

*mellom de ulike tjenestene – dette er det som er så bra med IP. Lederne kan være mye tydeligere på bruken av disse. De har et ansvar... Det må komme fra dem.*

En annen saksbehandler sier det på denne måten: ”IP er en metode for kontinuitet og sammenheng i ulike typer av tiltak. At det skal henge sammen og i henhold til ungdommens behov, utviklingstrinn, ressurser og så videre; til enhver tid.”

En saksbehandler mener det er sammenheng mellom tiltak hvor flere aktører eller tjenester er involvert på grunn av koordinering fra forvaltningens nivå. Det er allerede tiltak på gang når HVT kommer inn som et ledd, overlapper og viderefører tiltakene. Det kan imidlertid være andre tjenester enn de ungdommene kjenner til fra BFT, så kan det allikevel være sammenhengende i forhold til tjenester og tiltak overfor ungdommen.

IP holder på ansvarsbevisstheten for involverte parter og livsområder som fører til en bevisstgjøring sier en saksbehandler. Aktører som er involvert i IP skal ha fokus på (livs)områder som vil avdekke behov for langvarige og koordinerte tjenester for bruker av planen. Det innebærer videre kartlegging (av livsområder), tydeliggjøring og konkretisering av målområder eller livsområder. Å få fram sentrale forhold rundt ens liv handler om å fremme fokus og motivasjon. Ansvar har imidlertid alle parter; ungdommen selv, pårørende og hjelpeapparatet.

En saksbehandler sier også det er få konflikter (faglige uenigheter) og at det handler om økonomiske ressurser og muligheter for viderefølgning og oppfølging av tiltak. Det er dessuten liten samkjøring når det gjelder økonomiske ressurser mellom barne-, og voksensiden. Det innebærer at ressurser utgår fra kommunens tiltaksapparat og ikke ut ifra ungdommens behov sier informanter.

Om helhet og sammenheng ved bruk av IP formuleres det slik av en saksbehandler:

*... vi er i større eller mindre grad avhengig av samarbeid. Dette kan gjelde samarbeid med skole, forvaltning og bruker i lag som alle har ulik kompetanseområder og i dette samarbeidet vektlegges å se det helhetlige bildet*

Informasjon, håndtering av planarbeidet, oppfølgingsmåter og ansvarliggjøring for tjenesteytere kan skape en god planprosess sier en saksbehandler. Når IP brukes som planlegging eller styringsverktøy skal ansvarliggjøring av informasjon om IP, sikre oversikt over hvilke muligheter som finnes for brukere i følge en saksbehandler.

Informanter sier at en oversikt over det som skal gjøres som er nyttig i planen. For eksempel gjelder det oversikt over kontaktpersoner, rolleavklaringer og målsettinger i den individuelle planen. Når det er mange som er involvert i og rundt den IP er det dermed behov for et oversiktsbilde og viktig med koordinering av tiltak og tjenester og ansvarlighet ovenfor koordineringen. Å konkretisere hvem som tar ansvar for hva (hvilke områder), når og hvordan samt er klar og tydelig som tjenesteutøver/koordinator er av stor verdi sier flere saksbehandlere. Nytteverdien i den IP er ikke nødvendigvis til nytte for ungdommen selv, men heller et produkt eller hjelp for det offentlige systemet, foreldre og foresatte. Dette kan bunne i ungdommenes funksjonshemming i følge informanter. Dog kan IP være til nytte for ungdommene senere i livet og som kan bli mer aktiv eller motivert for IP sier en saksbehandler. Imidlertid er det også slik at forvaltningen har behov for å koordinere (tjenester, tiltak, samarbeid mellom etater) når bruker ønsker IP. Ovennevnte (ulike) momenter er saksbehandleres ytringer om viktige deler i IP.

En årsak for tidlig involvering for målgruppa er at samarbeidet mellom aktuelle parter (i hjelpeapparatet) må utvikles på grunn av omfattende eller komplekse livssituasjoner i overgangen i følge en saksbehandler. Det kan da kreves tett oppfølging mellom partene i det offentlige system. Det er viktig i denne overgangsfasen med informasjon, diskusjoner og ansvarsavklaringer for hvordan forholde seg eller håndtere situasjon for målgruppas behov. Det gjelder alle involverte parter inkludert ungdommen selv og avklares før de fyller 18 år. Når ungdommen nærmer seg 18 år må systemet forholde seg til ungdommen først og fremst. Noen foreldre har en større rolle i sine barns liv enn andre foreldre sier en informant. Tjenesteytere bør avlaste foreldre selv om de innehar foreldrerollen. Det kan være vanskelig for foreldre å slippe "kontrollen" over sine barn og at de (foreldre) har vært vant til å være systemets koordinatorene. Foreldre merker mer enn ungdommen hvordan systemskifte fra barnsiden til voksensiden oppleves fordi foreldre kan ha større ansvar, koordineringsrolle, engasjement og involvering i systemet.

Å informere ungdommen kan føre til styrket innflytelse, brukermedvirkning og motivasjon i og for IP. Når planprosessen oppleves positiv og foregår i ulike varianter, kan det også styrke ungdommenes involvering. En saksbehandler sier det slik at bistandspersoner i alt for stor grad har styrt mål eller målsettinger i forhold til behov ungdommene har. Brukermedvirkningen kan dermed forsvinne på grunn av at målene i det individuelle planoppsettet ikke er ut ifra innflytelse og deltakelse for ungdommen. En annen måte å gjøre dette på kan være å forenkle mal - oppsettet i den individuelle planens skriftlige dokument til

kun å gjelde navn og kontaktopplysninger. Dermed frigjøres resten av den IP til å være åpen og livsområder i den IP skriftliggjøres i mindre grad eller frafalles slik at målområder ikke blir styrt av maler og at ytere tenker mer kreativt og fleksibelt og over ungdommenes behov eller rolle for brukermedvirkning.

Tverrfaglig samarbeid er vesentlig for planlegging rundt ungdommen. Det gjelder også i forhold til evalueringer og samarbeid i saker som ikke fungerer. *”IP forplikter til samarbeid og ytere har et forpliktende forhold til brukere samt å definere roller.”* Det som kan bidra til kvalitetssikring for kontinuitet i overgangen ved bruk av IP, er å sette inn (ulike) typer av tiltak (etter kartlegging av behov, interesser, ressurser). En saksbehandler sier at nytteverdien i fungerer som informasjonsmaterieil og hjelpeiddel blant annet gjennom vedlegg. IP kan dermed fremme en bedre overgang for ungdommen. Dette innebærer at bruker slipper å bruke tid eller energi på å gjenta ulike sider om seg og sitt liv til det offentlige systemapparatet og ulike tjenesteytere.

Det gjenstår et stykke å forenkla IP- prosessen og ufarliggjøre individuelle planer som arbeidsmetode nevner en saksbehandler. Den elektroniske løsningen som kommunikasjonsverktøy (spesielt SamPro) er et alternativ for samarbeid samt at det kommer mer inn i bildet som et framtidrettet hjelpemiddel. Når IP ikke blir oppfattet som et verktøy for samarbeid kan det føre til at IP ikke blir oppfattet som en lettfattelig plan nevner en saksbehandler. Nettbasert løsninger kan forenkla det tverrfaglige samarbeidet samt for brukermedvirkning siden ungdommer kan være aktiv i å bruke datateknologien. IP skal være en *”alt i ett dokument”* for brukere.

I planprosessen generelt bør ytere utøve høy faglig kompetanse, empati og etikk i sine yrkesroller. I skriftlige utarbeidelser bør ytere vise til eksempler og ”spirer” av forslag (på tiltak og mål) og forenkling av prosessen fram til at ungdom har en IP. Dette beskriver en saksbehandler slik: *”for det kan være litt skummelt og det kan virke litt stort og omfattende når man er ny.”* Samarbeidsmodeller imellom etater og bruker fordres i og med prosessen IP. Samarbeid kan være utfordrende for systemet og å få ned terskel for samarbeid kan føre til bedre modeller for samarbeid. *”Desto større deltakelse for ungdommen fører til bedre samarbeidsmodeller imellom etater i og med IP... utfordrer systemet... i større grad og få ned terskel for samarbeid.”* Eksempler: *”en psykiater vil ikke sitte alene og jobbe; vil være avhengig av samarbeid med alle for at ting skal lykkes med bruker på ulike arenaer for at*



*bruker skal lykkes.” ”Skole, forvaltning og bruker er avhengig av samarbeid for å se helheten.”*

Erfaringer fra de ulike ansvarsgruppene og de ulike IP`ene som fungerer forskjellig, betyr mye for drøfting og (videre)utvikling av IP- arbeidet samt det tverrfaglige samarbeidet for. IP bør være en plan for brukere som også innehar eierforholdet og med lik struktur og forståelse. De forskjellige etatene skal også oppleve IP som lettfattelig planleggingsverktøy. *”IP er et virkemiddel for bruker i samarbeid med systemet som utfordrer oss på form og drifting av planen. Måter å strukturere seg på og forpliktende avtaler og evaluering av prosessen.”*

Forenkling av IP gjelder dermed både for brukere og hjelpeapparatet. Enkelte ungdommer kan være avhengig av andre (foreldre, foresatte, bistandspersoner) i den individuelle planprosessen. Det er imidlertid viktig å huske at det ungdommens egen plan. De ulike tjenesteytere er avhengig av å samarbeide bredt i IP- prosessen i større eller mindre grad, blant annet så kan få eller mange samarbeidsparter være involvert. Dette handler om ulik kompetanse og derfor er det tverrfaglige samarbeidet sentralt for å se helheten. En saksbehandler sier det slik om det tverrfaglige samarbeidet i planprosessen og for helhet og sammenheng for målgruppa: *”En person med behov for koordinering på grunn av sammensatt problematikk, så greier vi ikke å rive det ene fra det andre.”*

IP forplikter dermed til samarbeid og er en nytteverdi for rolleavklaringer, ansvar og plikter fra de offentliges side (for eksempel kontinuitet i systemet uavhengig av sykdom hos personal og skifte av bistandspersoner). IP er et redskap for tverrfaglig samarbeid med involverte parter, strukturering, teknikker som grunnlag for å håndtere innsats og evalueringer sier en saksbehandler.

Å belyse områder til målgruppa handler om at ulike profesjoner samarbeider i planprosessen med den enkelte bruker. *”Å se på det slik at vi får belyst hele livet til den personen det gjelder i et sosialt samfunn. Det blir ikke ensidig fokus.”* Drøfting og refleksjon bidrar til utforming av mål og tiltak som bruker selv definerer i planprosessen. Det samme gjelder for bevisstgjøring, dialog, informasjon og rettigheter og muligheter på ulike områder i samme prosess. Det å belyse utfordringer fra tidligere utarbeidete planer (f. eks tiltaksplaner) kan være en behjelpelighet til å utforme nye planer (tidligere planer som ikke behøvde å være etter brukers ønsker eller behov). Derfor er det viktig som en informant sier at:

*samarbeid slik at det blir en informasjonsutveksling ut ifra det bruker synes er viktig og ha i planen, så sikrer det overføring fra et stadiet til et annet... og mellom BFT og HVT..., så vi kan forankre de tanker som bruker har i forhold til det og det. Slik sett kvalitetssikrer det i den individuelle planen.*

Offentlige ansatte i både barne-, og voksentjenesten har kompetanse på menneskets utvikling i samfunnet og vektleggingen av samspill nevner en saksbehandler. Desto tidligere utarbeidelse av planarbeidet; som er et redskap for dialog i lag med bruker og som skal sikre brukermedvirkning, handler også om å gi muligheter for at ungdommene selv tar ansvar samt andre krav som stilles til ungdommen.

*Det er mange ting som skjer i livet for ungdommen og det er litt av bakgrunnen for at vi (HV) skal inn allerede ved 15 år. At vi skal starte samarbeid er også fordi det ofte skjer ganske mye og det er ganske omfattende ting som skal til for at vi skal lykkes i alle overgangsprosesser når de blir 18 år og begynner i VG- skole og for å unngå at de ramler ut av det, så kreves det at vi samarbeider tett.*

IP kan være et framtidsrettet prosjekt som omhandler rammer, muligheter og føringer på det i følge informanter.

#### Oppsummering:

Tidlig involvering skal bidra til at systemskiftet mellom BFT og HVT ikke skjer for brått. Det vil med andre ord si smidige og naturlige overganger. BFT er tett på ungdommen i overgangsfasen, og HVT kommer tidlig inn; noen år før ungdommen fyller 18. Videre bidrar HVT til å kartlegge, observere samt viderefølgning i overgangen. Tiltak blir videreført, og HVT overlapper og viderefører tiltakene eller endrer tiltak etter ressurser som HVT har. Konflikter kan handle om (økonomiske) ressurser, samkjøring og muligheter for viderefølgning og oppfølging av tiltak mellom BFT og HVT. Og om tiltak endres kan det allikevel stå i sammenheng i forhold til ungdommens behov. Det kan synes som om det er sammenheng mellom tiltak når det koordineres fra forvaltning i følge saksbehandlere. Sammenhengen mellom ønsker, behov, utvikling, ressurser og mål for ungdommen skjer etter evalueringer. Ansvarsbevisstheten hos ungdommen må motiveres samt deres påvirkning i planprosessen ved støtte og hjelp fra yrkeshjelpere.

Foreldre og pårørende kan være pådrivere for utvikling av IP, og hjelpeapparatet har utviklingsmuligheter for brukermedvirkning når kommunen har omsorgen for ungdommen.

Tjenester og tiltak etter alternative og kreative løsninger handler om tid og handlingsrom samt tid og rom for utvikling av mål.

I følge saksbehandlere så er brukermedvirkning, samarbeid og livsområder viktige elementer i overgangen. Andre saksbehandler mente at overgangen handlet om å sikre at tiltak samvirkes i forhold til ungdommenes behov, mål, ønsker, ansvarliggjøring, interesser med mer. Også her var det sentralt med tydeliggjøring av ansvars – og rolleavklaringer, plikter med videre for yrkeshjelpere. Yrkeshjelpere må i tillegg ha høy faglig, relasjonell og etisk kunnskap. Informasjon, informasjonsmateriell(livshistorier), rettigheter og muligheter er andre viktige deler av IP. Brukeres og hjelpeapparatets tidligere erfaringer med planer kan ha videreutviklet bruk av dagens planarbeid. Hjelpeapparatet i kommunen ser ut til å være en viktig del for videre utvikling av IP i følge informanter.

## Kapittel 6 Diskusjon

I dette kapitlet drøftes datafunnene opp i mot teori samt forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmålene skal bidra til å strukturere funnene. Forskningsspørsmålene bidrar også til å se sammenhenger mellom de ulike temaene som er i kapittel 5. Hovedproblemstillingen i studien som søker å bli besvart i kapittel 6 og 7 er som følger:

Kan IP bidra til å styrke ungdommers overgang til voksenliv?

### 6.1 IP og overgang til voksentjenester i kommunen

- Hvordan organiserer Trondheim kommune bruk av IP – i overgang til voksenliv?
  - Kan bruk av IP bidra til at ungdom blir hørt, sett og forstått sine behov gjennom samarbeid og samhandling med yrkeshjelpere?
  - Utvikles selvstendighetsansvar og tverrfaglig samarbeid i følge yrkeshjelperne?
  - Hvilke skriftlige og muntlige samarbeid(sformer) benyttes i tverrfaglighet?

Saksbehandlerne sier at Barne-, – og familietjenesten (BFT) følger tett opp om ungdommer som har behov for videre tjenester, når ungdommene er rundt 18 år. Helse – og velferdstjenesten har en observasjons – og kartleggingsfase for bruk av IP når ungdommene nærmer seg 18 år. Imidlertid er det noe uklart hvem av tjenestene som har det formelle ansvaret i overgang til voksentjenester.

BFT har i første omgang hatt en oppbyggingsfase (kartlegging, observasjon, behovsvurdering, ”siling” av tiltak og tjenester), for ungdommer med behov for langvarige og koordinerte tjenester – i overgang til voksenliv. Helse – og velferdstjenesten(HVT) viderefører oppfølgingen eller at ungdommen får videreført tiltak fra BFT over til HVT. Informantene erfarer videre at tjenester føres videre gjennom BFT (ettervern) eller at HVT kommer inn med sine tiltak før ungdommen fyller 18 år. Begrunnelsen er da at voksentjenesten kan ha de tjenester som ungdommen har behov for. Voksentjenesten kan altså ha andre tjenester for ungdommen enn de tjenester som ungdommen er vant til fra før. Tiltak kan allikevel stå i henhold til ungdommenes behov fordi tiltak og tjenester er styrt fra forvaltning. Imidlertid er ikke alle informanter like enige i dette synet. HVT vurderer etter (ytterligere) behov å innkalle til samarbeid med andre etater i overgangsfasen til voksentjenester(f. eks BFT, skoler).

I teorigrunnet ble IP sett på som en metode og verktøy for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne (Forskrift om

individuell plan). Det er samtidig et samarbeid for kontinuitet i overgangen når ungdom, BFT og HVT samarbeider i lag. Dette gjelder i forhold til at tiltak og tjenester skal virke sammenhengende og helhetlige, men også for at en milepæl som overgangen kan være for ungdommen, kan styres mot en selvstendig tilværelse og andre målsettinger. Når ønsker, behov, utvikling, ressurser og mål vurderes, skjer det etter evaluering. Dette er i henhold til forskriftens uttalelser som sier at evaluering bør skje uavbrutt i samarbeidet mellom tjenestemottaker og koordinator. Dermed innebærer IP en metode for å fange opp endringer og justere tjenestene kontinuerlig i tråd med ungdommenes liv og livssituasjon.

Det som også skjer i bykommunen er at innholdet i IP ikke trenger å være tilpasset ungdommenes behov, men ut ifra kommunens ressurser. Brukere har ulike erfaringer med kommunens tjenesteyting i følge teorien (Helland, 2002). Det innebærer viktigheten av hvordan kommunen ter seg overfor brukere. Det er samtidig viktig å huske på at selv om brukere mottar tjenester fra hjelpeapparatet innehar brukere flere roller. Det ses i sammenheng med at brukere også er borgere i sitt hverdagsliv. Livssituasjoner herunder hverdagsliv fører til mange ulike roller i et livsløpsperspektiv.

Yrkeshjelpere ser på forberedelse og planlegging som viktige forutsetninger for ungdommenes vei mot voksenliv og selvstendigjørelse. Kreative løsninger kan sees i forbindelse med utvikling av planen, dog er det tiltak og tjenester som krever tid eller forberedelse som oftest sees. Løsninger etter alternativer og kreativitet synliggjøres lite eller at tiltak og tjenester ikke fungerer overfor ungdommen.

Utvikling av tiltak, tjenester og mål i IP i kan handle om tid, rom og handlingsrom. Handlingsrom innebærer ikke bare fysiske treffpunkter for samarbeid, men også selvstendighet i yrkesutøvelsen. Tverrfaglig samarbeid kan kreve tid som ofte kan skyldes uerfarenhet og administrasjonsapparatets tendenser (Hjort, 2003). Tverrfagligheten kan kreve at tjenesteapparatet disponerer tiden på en annen måte og det gjelder spesielt i oppstarten, for siden å spare tid; sett under ett. Tidsfaktoren kan i gitte situasjoner tyde på at tjenesteapparatet arbeider en – eller flerfaglig for å leve opp til kravet om hensiktsmessighet. Dette kan sees i ansvarsgrupper hvor en saksbehandler ønsker mer tverrfaglig tilnærming i arbeidsmåten som gjøres i dette tverrfaglige teamet. Etter tverrfaglige samarbeidsmøter har samarbeidspartnere i kommunen (og utenfor kommunen hvis tiltak faller utenfor kommunen) et selvstendighetsansvar for å følge opp om tiltak og tjenester for ungdommene. Offentlige ansattes selvstendighetsansvar i tjenesteutøvelsen skjer etter at forvaltning har foretatt vedtak

om IP samt for planprosessens igangsettelse. Det kan også skje at bruker ikke er enig i kommunens tjenestetilbud og utvikling av IP kan være av individuell (personavhengig) og systemisk art (ledelsesavhengig). Færre eller flere samarbeidspartnere involvert kan også hindre samarbeid.

Det som er vanlig i kommunen er at ansvarsgrupper fungerer for arbeid med IP for ungdom. Utfordringer tilknyttet ansvarsgrupper er forståelse av ansvarsgrupper som det samme som IP samt antall involverte og deltakende parter. Det er også innarbeidet bruk av geric for utarbeidelse av IP, samarbeid og andre rutiner samt bruk av maler. SamPro er et forholdsvis ny elektronisk mulighet for samarbeid. En skriftlig utarbeidet IP er et rettsdokument for klage på f. eks tjenester eller andre forhold vedrørende IP.

Hjelpeapparatet innehar områder som kartleggingsprosedyrer, koordinering av tiltak og evaluering av planprosessen som opererer i følge forskrift om IP. Andre områder gjelder informasjon, rettigheter, rettsikkerheten overfor ungdom og deres foreldre. Imidlertid er rettsikkerheten en utfordring når informasjon utveksles mellom nivåer, etater og sektorer. Det kan se ut som at sensitiv informasjon styres gjennom koordinatorene for slik å skjerme brukeres privatliv. Det kan forebygge konflikter i samarbeid, men også føre til konflikter. Sensitivitet gjelder også overfor ungdommenes brukermedvirkning og at yrkeshjelpere må holde en høy faglig og etisk kvalitet i sin yrkesutøvelse. Informasjon til brukere og hvem har rett på IP kan være en utfordring for hjelpeapparatet. Endringer i rutiner og systemer kan føre til at rettigheter sikres. Det å bruke ulike prosedyrer kan være en vei å gå for å vurdere og godkjenne IP i forvaltning. Det kan blant annet sikre en systematisk oppfølging av IP, større rettigheter for barn og unge for bruk av IP, og innenfor tjenester som psykiatri og barnevernstjenester. Prosedyrer kan også forebygge forskjeller i og mellom grupper av ungdommer for rett til IP. Eriksen (2001, p. 74) sier at *å etablere bedre prosedyrer for å vurdere og godkjenne det normativ- politiske element som inngår i den fagprofesjonelles praksis kan være en vei å gå. Dette er prosedyrer som etablerer nye møteplasser mellom fag og politikk.*

Yrkeshjelpere i kommunen ser at brukermedvirkning ikke alltid fungerer i planprosessen. Yrkeshjelpere legger til rette for brukermedvirkning, så langt det lar seg gjøre gjennom kommunikasjonsmetoder som samtaler og dataverktøy og samtykkekompetanse. Foreldrene bistår ofte med kunnskap om ungdommenes behov på deres vegne.

Kommunen har utviklet skriftlige retningslinjer i overgangen samt rutiner for arbeid med IP. Retningslinjene ønskes revurdert selv om det er detaljerte forklaringer på hva retningslinjer for overgangen og rutiner for planprosessen skal innebære. Imidlertid kan rutiner være på plass slik at det er tid og kapasitet som hindrer et godt IP - arbeid for ungdommene. Det kan dannes tvil om IP utgjør et lettere samarbeid eller at offentlige ansatte ikke behøver IP for å utføre gode tverrfaglige team.

Kommunens retningslinjer beskriver et rasjonelt overgangssamarbeid mellom BFT og HVT. Kommunen har imidlertid en vei å gå før optimal brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeide fungerer i tråd med intensjonen i IP. Dette gjelder også for helhet og sammenheng i overgangen for målgruppa dvs. om tiltak og tjenester er i henhold til ungdommenes behov i overgangen. Rådmannens fagstab, fagressursgruppa; koordinerende enhet, offentlig service kontor- team og ansvarsgrupper er tverrfaglige team som kan videreutvikle IP for ungdommer.

## **6.2 Brukermedvirkning for ungdom – i overgangen**

- Hvordan fungerer brukermedvirkning i følge offentlige ansatte?
  - Bidrar kommunen til utvikling av selvhjelp for ungdommen ved bruk av IP?
  - Har ungdommen reell påvirkning til å utforme sine egne tjenestetilbud ved bruk av IP?
  - Bidrar kommunen til å kvalitetssikre sine tjenester gjennom brukermedvirkning for ungdom?

Det uttrykkes at ansvarsbevisstheten for ungdommene må motiveres med støtte og hjelp fra yrkeshjelpere. Her synliggjøres en økologisk forståelse (Stubrud, 2001) for samarbeid med ungdom. Dette er krevende i planprosessen følge yrkeshjelperne. Imidlertid kan foreldre, pårørende, verger være de som tolker ungdommens behov og utvikler planen i lag med tjenesteytere (Befring, Talseth & Veia, 2005). Det har vært slik at det er foreldre som har hatt den reelle brukermedvirkningen når det gjelder sine ungdommers behov for tjenester fra hjelpeapparatet.

Når kommunen har vedtak om omsorg for ungdommen, erfarer også yrkeshjelpere at brukermedvirkning ikke oppnår det optimale for ungdommen.

Det at yrkeshjelpere er sensitiv overfor brukernes deltakelse handler også om brukermedvirkning. Det kan handle om at yrkeshjelpere ivaretar ungdommenes behov for

deltakelse i tverrfaglige team. Det er ikke alltid like naturlig å delta i møter om sine behov, ønsker, interesser osv. fordi tjenesteapparatet står i kontrast til ungdommenes ”blottleggelse” av sine livssituasjoner. Det ligger et skjæringspunkt i det å være borger og samtidig ha behov for offentlige tjenester. Det vil si at respekten for privatlivet må vernes selv om brukere mottar tjenester fra det offentlige. Borger og brukerbegrepet må forstås om hverandre slik at menneskeverdet ivaretas.

Det kan være et større behov for bruk av IP overfor grupper av ungdommer innenfor f. eks områder som barnevern og psykiatri. Dette handler om å sette i verk system for introduksjon, presentasjon og iverksettelse av IP for ungdommer eller grupper av ungdommer. Det kan dermed oppfattes slik at det er tilfeldig hvem som får vedtak om IP.

Når ungdommenes behov ikke blir tilpasset synliggjøres det at reell brukermedvirkning ikke fungerer i overgangen til voksenliv. Dog er det samtaler, dataverktøy og større forståelse for behov hos ungdommen som kan bidra til godt samarbeid med ungdommene. Dermed synliggjøres relasjonelle forhold som viktig for brukermedvirkning. Relasjonelle forhold gjelder også for koordinering av tiltak og tjenester i overgangen til voksenliv. Det kan sikre sammenheng og helhet dvs. kontinuitet av behov for hjelp i overgangen mot selvstendigjørelse. ICF (internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse) er et system for deltakelse i rehabiliteringsprosesser samt kartlegging, målsetting og klargjøring av tiltak. Det kan også sikre bedre systemer i kommunen for ungdom.

Samtykkekompetanse kan handle om ungdommene selv kan medvirke i planen. Det vil videre si at funksjonshemming og funksjonsnedsettelse setter grunnlag for deltakelse og innflytelse. Det å forstå funksjonshemming handler i følge den relasjonelle forståelsen om å minske gapet mellom ungdoms forutsetninger og omgivelsenes krav. Det kan forstås slik at kommunikasjonsmetoder ikke blir utviklet for reell brukermedvirkning i henhold til ungdommenes behov. Det gjelder også for tid og kapasitet til å gjennomføre brukermedvirkning.

Det virker som brukermedvirkning fungerer i større grad for de ungdommer som har samtykkekompetanse. Hva betyr dette i praksis? Kan det være slik at barnevernets ungdommer strever med å få tilpassede tiltak og tjenester i overgangen? Eller er det slik at kommunen ikke har ressurser, alternative og kreative løsninger for ungdommens behov? Hva betyr det at samarbeid med funksjonshemmede ungdommer fungerer godt i overgangen, i følge hjelpeapparatet? Kan det være et uttrykk for at det er foreldre og hjelpeapparatet som



definer behov for funksjonshemmede ungdommene? Det kan være uttrykk for at det i realiteten viser en større forståelse mellom foreldre og hjelpeapparatet for hvordan overgangen skal skje for funksjonshemmede ungdommer. Det kan også bety at maktforholdet egentlig settes av foreldre og hjelpeapparatet slik at faktisk brukervedvirkning ikke skjer for den det gjelder (Normann et al., 2008).

Den bio – medisinske forståelse av funksjonshemming kan legge hindringer for å utvikle utradisjonelle metoder. Disse metodene kan være alternative kommunikasjonsmåter, tid, rom og handlingsrom, slik at ungdommene selv kan uttrykke sine behov. Det å legge vekt på det økologiske samspillet sees også i denne sammenheng som relevant. Det er derfor viktig å se funksjonshemmingsbegrepet i ulike begrepsperspektiv og som flerspektret fenomen. Det kan bety at metoder som inngår for bruk av IP i overgang til voksenliv er sentralt i slike sammenhenger. Håndtering av IP vil uttrykkes gjennom yrkesutøveres verdier, holdninger, handlinger og forståelse. Det kan oppfattes at medvirkning i lag med ungdom og ungdommers behov blir ivaretatt. Dermed synliggjøres handlinger, verdier, holdninger og andre etiske verdier fra yrkesutøvere. Dog er funksjonshemmingsbegrepet sentralt for å forstå:

- Brukervedvirkning og samtykkekompetanse
- Tverrfaglighet; tverrfaglig samarbeid
- IP
- Etiske dilemmaer
- Overgang til voksentjenester og (re)habilitering
- Helhet og sammenheng

Funksjonshemmingsbegrepet er kjernen i det å forstå bruk av IP for målgruppa. Det virker som om brukervedvirkning fungerer i større grad for ikke – funksjonshemmede ungdommer i hjelpeapparatet, enn funksjonshemmede ungdommer. Samtidig er det et paradoks at funksjonshemmede har hatt større rettigheter på IP enn barnevernsbarna. Dette sees i forhold til lovbestemmelsene (LOB innførte rett til IP først i 2009), organiseringen i tjenesteapparatet samt hvem som har ansvar for videreføring av tiltak og tjenester i overgang til voksentjenester. Det sees også en større forståelse for at funksjonshemmede ungdommer har hatt større rettigheter på IP selv om barnevernsungdommene kan ha en sårbar overgang og sårbart eller lite nettverk. Forskjellen mellom barnvernsungdommene og funksjonshemmede ungdommer i tjenesteapparatet kan illustreres slik:



Det kan også synliggjøres etiske dilemmaer i forhold til funksjonshemming som betegnelse. Det kan innebære at ordet i seg selv virker stemplende. Det vil med andre si at ungdommer med behov for langvarige og koordinerte tjenester ikke trenger få den samme rett til IP som funksjonshemmede ungdommer. Kan eller bør en ny funksjonshemmingsbetegnelse innføres slik at det sikrer en reell rettighet og en samlet beskrivelse for ungdommer med behov for langvarige og koordinerte tjenester?

Ungdommenes tidligere erfaringer med planer i fra hjelpeapparatet er at planene har tilhørt eller tilhører tjenesteapparatets funksjon i følge saksbehandlere. Det innebærer at behov som ungdommen selv definerer ikke er blitt tilstrekkelig ivaretatt.

Yrkeshjelpere plikter og som det gis inntrykk av å ivareta taushetsplikten og rettsikkerheten til gunst for ungdommene og deres familier.

Når IP er tilpasset ungdommens behov foregår en aktiv prosess og miljømessig(hverdagsliv) forankring. Dette handler om at utarbeidelser foregår i ulike varianter og dermed utgår fra ungdommenes behov og ikke ut ifra egenskapsforklaringer som den biologisk- medisinske tilnærmingen innebærer. (Re)habilitering går inn for *nødvendig hjelp til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons – og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet* i følge Rehabiliteringsmeldingen (2001).

Ungdommene kan oppleve styrke, mestring og motivasjon ved bruk av IP i overgang til voksenliv i følge saksbehandlere. Støttespillere og medhjelpere er andre faktorer som saksbehandlere mener bidrar til reell brukermedvirkning. Det vil si at offentlige ansatte spiller på lag med ungdommen og ikke tar avgjørelser for ungdom. Dette kan konkret være informasjon, samtaler, samarbeid, omsorg og veiledning til hjelp for ungdommene i overgangen.

Forståelsen for at det er ungdommene som er faktiske "eiere" av sine IP`er og ikke hjelpeapparatets eller foreldres plan er sentralt for brukermedvirkning. Hjelpeapparatet kan fungere som "deleiere" ved å bidra i tverrfaglig samarbeid og koordinering av tiltak og tjenester i overgangen samt ha innsikt i byråkratiets interne organisering (Veileder til forskrift, 2010).

Det synes som om den bio -medisinske forståelse av begrepet funksjonshemming gjør seg gjeldende i hjelpeapparatet, selv om det ikke alltid er tilfelle. Det begrunnes for det første i at hjelpeapparatet setter premisser for brukervedvirkning gjennom formuleringer som samtykkekompetanse. For det andre settes premisser gjennom kommunikasjonsmetoder for å oppnå reell brukervedvirkning. Det kan synes som at hjelpeapparatet samarbeider lettere for funksjonshemmede ungdommer enn når ungdommene selv er med på å utvikle mål. Det kan forstås slik at maktforholdet endres mellom hjelpeapparatet og ungdommene og at hjelpeapparatet opplever eventuelle ”tap av kontroll” når ungdommene selv utvikler mål.

Det synes som om det er fire faktorer som må spille på lag for å få til brukervedvirkning for ungdommen. Disse fire faktorene er (1)ungdommens motivasjon, samtykkekompetanse og funksjonshemming(2)foreldrenes deltakelse og innflytelse for ungdommene,(3)hjelpeapparatets holdninger og handlinger i forhold til reell brukervedvirkning og tilslutt(4) tid og rom (miljø) for å utvikle metoder for brukervedvirkning. Dette lagspillet utfordrer ungdommens reelle brukervedvirkning i overgang til voksenliv i det kommunale hjelpeapparatet. Imidlertid synes det som om hjelpeapparatet søker å styrke ungdommers brukervedvirkning ut fra tilgjengelige ressurser.

### **6.3 Rettighet og vilkår for IP**

- Hva er vilkårene for retten til IP i overgang til voksenliv?
  - Sikrer kommunen kontinuitet for ungdommers behov for langtidsiktede og koordinerte tjenester?
  - Hvordan kan kommunen sikre at ungdommene får rettigheter de har krav på?

Ifølge lovverk tilknyttet IP, så har brukere ikke rett på dets innhold, men rett på å få innvilget vedtak for behov for langvarige og koordinerte tjenester (Forskrift om IP). Selv om det er ulike ressurser mellom barne-, og voksensiden, så skal tiltak samvirkes etter *individuelle, helhetlige og koordinerte tiltak* slik det står i forskriftens intensjon (ibid). Det kan likevel skje at tiltak skjer etter evalueringer og at tiltak og tjenester styres fra forvaltningen som administrerer politiske vedtak i kommunen. Det kan føre til at brukervedvirkning på systemnivå fungerer slik at tjenestetilbudet er bedre tilpasset innbyggere (brukere og borgere) i kommunen. Det kan samtidig se ut som om tiltak endrer seg i overgangen, så er det likevel tilpasset ungdommens behov.

Det er imidlertid et stykke å gå før brukere eller ungdommen selv får styre tjenestetilbudet og i følge intensjonen til forskrift til IP. Det gjelder både for barnvernets ungdommer hvor det offentlige har overtatt omsorgsansvaret og funksjonshemmede ungdommer. Det kan tyde på et skjevt maktforhold mellom ungdommene og hjelpeapparatet hvor reell brukervedvirkning blir hindret i tjenesteutformingen. Dette sees også i forholdet mellom foreldre og ungdommer hvor foreldre kan avgjøre de behov som blir tolket som grunnlag for utforming av tjenester. Det som er viktig å få til i overgangen er kontinuitet i tjenestetilbudet som står i forhold til ungdommenes egne behov, ønsker, ressurser osv. Dette gjelder og så for at reell brukervedvirkning synliggjøres og dermed tverrfaglig samarbeid for å oppnå faktiske behov, som er etter innflytelse og deltakelse for den det gjelder.

Det som kan være problematisk når det gjelder utforming av IP for barn, så skal det også utarbeides IP for hele familien i følge Kjelleland (2005). Det problematiske er når ungdommen nærmer seg 18 år og snart i teknisk og rettslig forstand myndig. Skal planen gjelde for hele familien da også? Overgang til voksenliv kan eller vil innebære en løsrivelsesprosess for mange ungdommer. Det kan med andre ord bety at selv om foreldre er viktige for ungdommen praktisk og følelsesmessig, så vil ungdommen selv etablere en selvstendig tilværelse. Foreldre rolle overfor sine ungdommer vil avta mer og mer. For en del andre ungdommer vil foreldre evt. andre nærpersioner fortsatt spille en stor rolle i selvstendigjørelse mot voksenliv. I så måte ligger hensynet i å ivareta ungdommenes behov og foreldrenes "tap av kontroll" for sine ungdommer. Det kan samtidig være slik at barnevernets ungdommer ønsker å komme ut av den offentlige omsorg og ikke ønsker noen planer utarbeidet for seg. Det kan se ut som at ungdommene trenger sine egne (og ikke hele familien) individuelle planer samt at det er lav terskel for å komme tilbake til tjenesteapparatet hvis ungdommen ombestemmer seg. Det er som kjent ingen tvang for utarbeidelse og dermed vedtak om IP i følge lovverk om IP (se vedlegg:1 ).

Når bruker ikke er enig i det tjenestetilbudet som tilbys, kan det tyde på at ungdommenes behov ikke blir ivaretatt. Det vil igjen være avhengig av hvordan og hvilke tiltak eller tjenester som koordineres. Det vil gjenspeiles gjennom ledelsesnivåets, offentliges ansattes herunder koordinatorens yrkesutøvelse, for konkret eller praktiske gjennomføring av IP.

I intensjon i forskriften (IP) står det også at samarbeidet mellom bruker og yter skal styrkes. Yrkehjelpere beskriver at det er dialog som skaper godt samarbeid mellom bruker og tjenesteutøver i overgang til voksenliv. Dette fungerer i tråd med intensjonen, dog er det ikke

alltid samtaler som kan legges til grunn for godt samarbeid med ungdommen. Det kan sees at det er metoder for kommunikasjon som kan utbedres eller prøves ut slik at samarbeidet styrkes. Det har vært slik at samtaler ofte har fungert som utgangspunkt for samarbeid (Piotrowska et al.). Da kan allerede i utgangspunktet være etablert et asymmetrisk forhold mellom ungdom og yrkeshjelpere siden yrkeshjelpere kan ha sitt fagspråk, mens ungdommen har lite erfaring i å forstå fagspråk eller faguttrykk. Samtaler kan derfor føles vanskelig for ungdommen. Dette tyder på at metoder i kommunikasjon kan endres slik at samarbeidet på denne måten kan forsterkes. Kommunikasjonsmetoder gjelder også for å forstå og tolke ungdommens behov. Relasjonell kompetanse har i tillegg en stor verdi. Yrkeshjelpere har en blandet tilnærming til om få eller mange involverte i planprosessen skaper fordeler i samarbeidet. Hovedsaken er at de involverte parter fungerer i samarbeidet gjennom blant annet kommunikasjon og forståelser som begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet for ungdommen (Andresen, 2000).

Et dilemma er samtykkekompetanse og hvem som skal vurdere om ungdommen kan delta og påvirke i IP. Det kan være slik at foreldre er de som samarbeider med tjenesteutøvere. Reell brukermedvirkning blir da hindret for ungdommen og deres behov blir tolket ut ifra andres perspektiv. Det er uansett avgjørende at de som tolker ungdommens behov og som oftest er rundt dem, kan vurdere om ungdommene blir sett, hørt og forstått. Dette kan likevel begrunnes som brukermedvirkning, selv om den ikke er reelt tilstede. Det er allmenneskelig (fra foreldre), faglig kompetanse samt empati og etiske retningslinjer (fra fagpersonell) som brukes til å forstå eller analysere brukeres behov, ønsker, ressurser med videre.

I følge lovverket om taushetsplikt og rettssikkerhet er det i det offentlige ansvar å verne om privatlivet for den enkelte tjenestemottaker og deres familier. Det kan sees som komplisert å verne om rettssikkerheten for ungdommen og deres familier, særlig ungdommer som har omsorgsvedtak. Det er imidlertid det offentlige ansvar å sikre at det skjer og som yrkeshjelpere begrunner gjennom refleksjoner.

Det skriftlige utarbeidete plandokumentet fungerer som et rettsikkerhetsdokument og dermed styrke brukere i å bruke klageadgangen (Forskrift om IP). Dette kan føre til at tjenester blir forbedret eller endret gjennom tilbakemelding til kommunen om hvordan avtaler, kontrakter fungerer for brukere (Helland, 2002). Hjelpeapparatet skal gi informasjon vedrørende IP herunder klageadgang for slik å opplyse om ungdommene rettigheter i forhold til IP.

Informasjon vedrørende IP samt å se eller vurdere (ikke avgjøre) behovet for hvem som har rett på IP kan være sentralt for å forebygge behov hos ungdom. Det er forvaltning som styrer vedtak om retten til IP slik at det er ut fra bekymringsmeldinger, foreldre, pårørende eller offentlige instanser som ser eller vurderer behov for IP.

Vilkårene for å oppfylle krav om IP er to eller flere tjenester gjennom for eksempel barnevern, helse – og sosialtjenester. Tjenestene må videre være av langvarig art selv om tidsperspektivet kan opphøre eller ikke gjelde som planlagt. Et tredje krav er behovet for koordinering av tjenester. Disse kravene kan vurderes ut i fra skjønn i følge Forskrift om IP. I praksis fungerer noe ut i fra skjønn, hensiktsmessighet, fra sak til sak, lav terskel, lovverk, funksjonshemming, sammensatte behov, og behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det kan se ut til at det finnes ulike begrunnelser for å avgjøre vedtak om IP. Ulike begrunnelser har likevel ikke medført til at alle ungdommer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppfylt sin rett til IP.

Det kan forstås slik at enkelte ungdommer eller grupper av ungdommer ikke får eller har fått rettigheter de har krav på. Det gjelder spesielt ungdommer med barnevernstiltak. Det kan med andre ord bety at ungdommer innenfor helse – og sosialtjenester har hatt større rettigheter for IP. Lovgrunnlaget for IP har blitt innført i ulike lover siden forskriften trådte i kraft i 2001. Det kan ha ført til at det har vært uklart eller utydelig for yrkesutøver å se og vurdere behov for rett til IP. Likeledes kan det tolkes slik at den bio – medisinske modellen tar opp enn større rett på IP. Holdninger fra tjenesteapparatet viser til at det ikke bare er funksjonshemming, men også skjønn, sammensatte behov og behov flere og koordinerte tjenester over tid, gjelder i større grad for bruk av og rett på IP. Forståelse av faglige begreper sees i dette tilfellet som et sentralt moment. Det innebærer videre hvordan teorigrunnlaget definerer og forstår begrepet funksjonshemming.

Hvilke ungdommer som får innvilget IP kan beskrives eller føres statistikk over, for slik å se hvem får IP og hvem får avslag. Beskrivelser eller statistikk over hvem som får innvilget IP kan evalueres og videre beskrives for dokumentasjon. Det kan føre til at ungdommer med behov for langtilsiktete og koordinerte tjenester i overgang til voksenliv ikke vurderes fra sak til sak, hensiktsmessighet, skjønn osv. Det kan også sikre ungdommer en større rett til IP og innebærer en større samlet beskrivelse for ungdommers behov for offentlige tjenester.

## 6.4 Prosesser for utvikling av IP

- Hva er sentrale momenter før og etter vedtak om IP for ungdommer med behov for langvarige og koordinerte tjenester?
  - Sikrer kommunen god nok kvalitet på tjenesteytingen i overgangen?
  - Kan bruk av IP føre til at aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats?
  - Synes yrkeshjelpere at IP virker hensiktsmessig i forhold til ungdommenes behov?

Det synliggjøres en "før", "underveis" og "etter" prosesser for planarbeid i overgang til voksenliv. Før - prosesser gjelder rettigheter, informasjon, kartlegging, dokumentasjon og observasjon med videre. Underveis - prosesser er etablering og koordinering av tiltak. Etter - prosessen er justeringer, endringer, evalueringer (av kartlegging, tiltak, tjenester, dokumentasjon, mål med videre). Etter- prosesser kan føre tilbake til før – prosesser igjen. I planprosessen gjelder etablering og samordning tjenester som ender i et kommunalt tilbud. IP vedtas og utføres gjennom kommunens bestiller og utfører – roller (vedlegg:8). Denne organiseringen kan sikre at tjenester og tiltak koordineres og felles mål blir styrt fra IP. Det handler om at andre planer som ungdommen kan ha, samkjøres mot de overordnede målene i IP. Idealet er derfor å sikre at kvaliteten på tjenester stemmer overens i følge den det gjelder. Det fungerer ikke alltid slik i praksis grunnet blant annet samtykkekompetanse, funksjonshemming og funksjonsnedsettelse. Egenskapsforklaringer hos ungdommen kan altså styre kvaliteten på tjenestene gjennom at fagpersonell, foreldre og pårørende iverksetter brukervedvirkningen for ungdommen. Brukervedvirkning i IP er definert ut ifra deltakelse og innflytelse for utforming av sine egne tjenester (Forskrift om IP). Foreldre kan også være de som i realiteten utvikler planprosessen for ungdommen.

Det handler også om smidige, fleksible og naturlige overganger for ungdommer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det vil si at systemskifte i overgangen(mellom BFT og HVT) ikke skal påvirke ungdommer. Overgangen i systemskifte fungerer særlig godt for funksjonshemmede ungdommer.

Selv om kommunen utløser tjenester ut ifra kommunens ressurser kan yrkeshjelper handle selvstendig ut i fra alternative og kreative løsninger. I praksis tydeliggjør behov som tid, rom og handlingsrom for utarbeidelse av mål og tiltak. Det kan ha en sammenheng med å avklare ansvar, roller og plikter for yrkeshjelpere. Etablering av kontakt samt rolle og – ansvarsavklaringer kan utfordre samarbeid mellom aktuelle samarbeidspartnere.



Ansvarsgrupper er arena for tverrfaglig samarbeid i kommunen. Ansvarsgrupper omhandler fordeling og ansvarliggjøring av fag og kompetanseområder. Yrkeshjelpere delegerer ansvarsområder som bidrar til å styrke og tydeliggjøre tverrfaglig samarbeid. Yrkeshjelpere erfarer også som oftest enighet i samarbeid og tilhørende arena(er). Når man har klart definerte roller, ansvar osv. kan det være lettere å utføre tiltak og oppnå mål som støtter ungdommene mot en selvstendig tilværelse. Det gjelder også når yrkeshjelpere har et selvstendig ansvar for å følge opp tiltak og tjenester etter at det er etablert et kommunalt tjenestetilbud for ungdommen. Tverrfaglighet kan som beskrevet i teorigrunnlaget sees som et krav om å ta ansvar for sluttresultatet og for å samhandle med de andre som skal bidra til dette. Tverrfagligheten handler om å utfylle fagspesialitetene og ikke tre i stedet for spesialitetene. Når tverrfagligheten oppnår de ovennevnte vilkårene kan tverrfaglighet forhindre at noe viktig forblir upåaktet eller uløst.

For å se hele mennesket og dets behov bidrar tverrfaglige perspektiver, metoder og organisasjonsformer som virkemidler. I rehabiliteringsbegrepet legges til grunn et helhetsperspektiv dvs. at rehabilitering handler om at det å bedre og bevare menneskers funksjonsnivå, det funksjonsfremmende arbeidet må sees i sammenheng med hele mennesket og dets totale livssituasjon. Slik sett innehar IP livsområder som grunnlag for å se hele mennesket. Det sentrale er hvordan livsområdene utarbeides i tråd med det som er hensiktsmessig nemlig brukerens deltakelse og innflytelse. I en relasjonell forståelsesmodell av funksjonshemming handler det om å se konflikten mellom *individets forutsetninger og miljøets og samfunnets krav til funksjon på områder som er vesentlig for etablering og opprettholdelse av menneskers selvstendighet og sosiale tilværelse*(St.meld. 21). En utfordring i enkeltindividets tilfelle er å finne de riktige tiltakene for å minske gapet. Tiltakene kan da innbære en tredimensjonal fremgangsmåte som kan løses tverrfaglig. I praksis kan tiltakene være rettet mot omgivelser, individet eller endring av situasjoner – og oppgaver(Hjort, 2004).

I planprosessen synliggjør en (positiv) opplevelse av styrke, mestring og motivasjon for selvstendighet - i overgang til voksenliv, ved bruk av IP. Når i følge yrkeshjelpere også opplever at ungdommene ser på de (yrkeshjelpere) som med – og støttespillere handler det om relasjons og tillitsbygging. Samspill mellom yrkeshjelpere og ungdommer kan iverksette interaksjon mellom ungdommer og deres omgivelser som innebærer et økologisk perspektiv. Et økologisk perspektiv kan føre til at planen oppleves som en "levende prosess" til bruk i hverdagslivet for ungdommen og at yrkeshjelpere hjelper ungdommene til å være kreative i

sine egne liv. Det kan også oppleves motsatt for ungdommen, slik at samarbeid, motivasjon og kommunikasjon ikke er tilrettelagt for at ungdommen ønsker videre tiltak – i overgang til voksenliv.

Yrkeshjelpere beskriver at når IP foregår i ulike varianter og oppbygning ved hjelp av maler og dataverktøy utarbeides IP etter ungdommenes behov, resurser, interesser osv. Maler kan også ha en motsatt hensikt for ungdommen. Planens innhold (gjennomføring av tjenester/tiltak) skal sikre en oversiktlig, forutsigbarhet og tidsperspektiv til hjelp for ungdommen og deres samarbeidspartnere. IP utvikles etter momenter som hører inn under forskriftens (IP) innholdsbeskrivelse (av planen).

Yrkeshjelpere erfarer videre at IP kan styrke prosessen i overgang mot voksenliv gjennom blant annet forutsigbarhet og gjennomførbare tiltak og mål. Det gjelder såfremt involverte aktører samarbeider med ungdommen og at innflytelse, deltakelse og påvirkning av tjenestetilbudet foregår i en kontinuerlig og levende prosess.

I startfasen for vedtak om IP skjer ut ifra flersidig eller mangesidig perspektiv (f. eks skjønn, behov for langvarige og koordinerte tjenester, hensiktsmessighet, funksjonshemming). IP har blitt innvilget hovedsakelig ut i fra Lov om sosiale tjenester og at lovverket ellers brukes som et ”bakteppe” for utvikling av IP.

For videre utvikling og ansvar av IP skjer gjennom koordinatorene som skal samordne tiltak og tjenester for brukere. Det etterlyses mer fagkunnskap om IP herunder opplæring, støtte og veiledning til rollen som koordinator. Erfaring om tidligere bruk av IP; støtter opp under denne prosessen, for å videreutvikle koordinatorrollen. Rollen som koordinator innehar en mangesidig og kompleks rolle i følge saksbehandlerne. Ellers erfarer yrkeshjelpere generelt at det er en krevende å rolle støtte opp under prosesser for ungdommen for de kan leve i sårbare livssituasjoner.

Fordeling av ansvar til andre deler enn forvaltningen oppleves todelt. På den ene side synes det som at organisering via forvaltning gir fordeler for bruk av IP, mens på den andre siden oppleves det motsatt (ikke fordelaktig).

I den daglige utførelsen av planarbeid gis det inntrykk av at planprosessen bør defineres nærmere av ledelsen i kommunen.

## 6.5 Positivt og negativt samarbeid

- Hvilke positive og negative samarbeid(sformer) forekommer i kommunens interne og eksterne relasjoner?
  - Hvilke meninger eller opplevelser har yrkeshjelpere for det helhetlige perspektivet i arbeid om IP for målgruppa?
  - Opplever yrkeshjelpere konflikter eller utfordringer i tverrfaglige team og eventuelt hvordan løses disse?
  - Hvordan opplever yrkeshjelpere godt samarbeid og samhandling (synergieffekter) for målgruppa?

Det synliggjøres samarbeid som er fremmede eller utfordrende for yrkeshjelpere i bruk av IP. Utfordrende faktorer for samarbeid gjelder i forhold til konflikter. Konflikter kan bero på/ha sammenheng med kommunens økonomiske ressurser, koordinering(samordning) av tiltak/tjenester og utvikling til å følge opp eller viderefølge tiltak fra barnesiden til voksensiden. En av årsakene er at tiltaks, utfører – og oppfølgingstjenester har ulike tiltakspakker eller ressurser å forholde seg til. Det kan synes som om tiltaksenheten i fra barnetjenesten har større ressurser og muligheter å tilby ungdommen, enn voksentjenesten. Samtidig sees også at oppfølgingsenheten (voksentjenesten) har ressurser for ungdommen før ungdommen fyller 18 år. Videre kan det begrunnes i at BFT og HVT opererer med forskjellige kulturer i det å forholde seg til ungdommen. Barnesiden tenker at ungdomstiden blir komprimert eller forkortet og utøver en omsorgsideologi overfor ungdommen, og voksensiden tenker å bevisstgjøre, ansvarliggjøre ungdommen når overgangen til voksenliv nærmer seg. Det er derfor av stor betydning at den enkeltes (offentlige ansattes) behov og interesser sammenfaller med de andres behov(Lauvås & Lauvås, 2004). I overgangen til voksenliv for ungdommen er det vesentlig for å se helheten og fellesskapet. I tillegg synliggjøres områder som kan være utfordrende i tverrfaglige team. Disse områdene eller feltene gjelder i forhold til hvem (yrkesutøvere) tar ansvar i forhold til hva (tiltak/tjenester) og hvilke (livs)områder for ungdommen. Dermed tydeliggjøres plikter, ansvar og roller for utvikling og koordinering av tjenester. Lauvås & Lauvås sier at rolleutforming og dens avklaring handler om funksjoner og plikter. Videre innebærer rolleavklaring handlefrihet og de begrensninger som finnes, konkrete arbeidsoppgaver som rollen innebærer.

Det er sentralt i overgangen og ved bruk av IP, at tiltak samordnes i henhold til behov, mål, ønsker, livsområder osv. for ungdommen. Det kreves en høy faglig kompetanse og kunnskap

som berører økologisk tilnærming og miljøbetingelser herunder relasjons – og samspillkompetanse. Samtidig må yrkesutøvere inneha verdier, holdninger, respekt, herredømmefrie dialoger og i tillegg forholde seg til politiske vedtak som lovverk. De faglige, etiske og juridiske perspektiver bør synliggjøres i et hverdagsspråk for ungdommen siden brukerperspektivet handler om at ungdommen selv medvirker i sine egne tjenesteutforminger. Det kan føre til at maktforholdet(mellom ungdom og tjenesteapparatet) minskes, endres eller økes alt etter hvilken forståelse og kultur for samarbeid hjelpeapparatet opererer eller handler ut i fra.

Underveis – prosessen i IP handler ikke bare om å etablere tiltak, men også om å samvirke tiltak og tjenester i overgangen slik at det sikrer optimal helhet og sammenheng for ungdommen. Dette kan synliggjøre begreper som håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet og som fører til helsefremmende, fattigdomshindrende og demokratiske rettigheter. Dette handler ikke bare om lokale eller miljørelaterte betingelser for den enkelte ungdom, men også et samfunnsmessig spørsmål for hele gruppen av ungdom. I rehabiliteringsdefinisjonen brukes begrepet mestring for å sette fokus på individenes egne ressurser og håndtering av hjelp fra yrkesutøvere. Samtidig gjelder miljøbetingelser at ungdom lærer å ta sine egne beslutninger; stole på seg selv samt det å tilpasse seg sosialt og i samfunnet. Det å føle kontroll over sitt eget liv kan blant annet føre til mindre utfordrende atferd og øke selvhjelpsferdigheter eller funksjonsevner. Når yrkeshjelpere erfarer at det å samordne tiltak i overgangen skjer etter behov, sannsynliggjøres selvstendigjørelse fram mot voksenliv. Derfor er sentrale momenter som brukervedvirkning og tverrfaglighet; tverrfaglig samarbeid det som bidrar til helhet og sammenheng i overgangen. Kommunen erfarer at det ennå gjenstår å sikre utvikling av planløsninger (helhet og sammenheng) for ungdommer i den sårbare livssituasjon som overgangen til voksenliv kan innebære.

Det som også kan være utfordrende i samarbeid er å opprette, starte igangsetting og vedlikeholde kontakt med aktuelle samarbeidspartnere. Det sees også i denne sammenheng en utfordrende del i det å avklare roller og ansvar i arbeid for tverrfaglighet og tverrfaglige team. Dette kan føre til at det blir vanskelig å koordinere tiltak og tjenester i overgangen. Samtidig erfares at IP kan tydeliggjøre (klare) roller, oppgaver og ansvar.

Når faglige diskusjoner foregår (i teamarbeid) erfarer yrkeshjelpere at utsagn som støtter eller styrker ens egne uttalelser handler om å gjennomgå og kontrollere andre fagpersonell. Dog erfares det at resultater blir samstemmig. Det erfares også at det er vanlig praksis i kommunen

å utføre tverrfaglige teammøter i ansvarsgrupper. Videre erfares det at ansvarsgruppene ofte blir sammenlignet IP. Imidlertid kan yrkeshjelpere være oppmerksomme på denne sammenligningen og ønsker klarere redegjørelse for IP i den daglige utførelsen. Fylkesmannen (i Sør – Trøndelag fylkeskommune) og offentlige ansatte har påpekt (kommentert) bruken av ansvarsgrupper i kommunen for å klargjøre forskjellen mellom IP og ansvarsgrupper.

I overgangen erfares det også BFT, HVT og andre nivåer, etater og sektorer, samordner tjenestetilbudet for ungdommen. Det å lage gode individuelle planer kan være person (f. eks utøvelse av koordinatorrollen) – og ledelsesavhengig (kommunens utvikling av IP).

Tidsperspektiv og evne til å utnytte individuelle planer som virkemiddel, synliggjør utfordringer for utvikling av samarbeid. Det kan oppstå domenekonflikter hvor kompetanseområder blir diskutert. Både flere og færre involvert i tverrfaglige team kan fremme eller hemme godt samarbeid. Det erfares at desto flere involverte parter, desto større behov for planarbeid og gode samarbeid. Og motsatt dess mindre involverte parter kan øke sjansen til gode individuelle planer samt at ungdommen ikke behøver å møte mange parter som berører ungdommens intimsfære eller privatlivets områder.

Det uttrykkes tvil om IP utgjør et lettere samarbeid og begrunnelse er at hjelpeapparatet ikke trenger å bruke IP for godt tverrfaglighet og tverrfaglige team. Uansett IP eller ikke gjelder hensikten hvordan tverrfaglighet og tverrfaglige team utføres i samarbeid med ungdom. Det gjelder også for å ivareta ungdommenes privatsfære, rettigheter og rettsikkerhet.

Når man styrer planen slik at felles målsettinger kan oppnås eller evalueres fungerer planen etter sitt formål. IP fungerer dermed som en overordnet plan for andre planer som ungdommen kan ha. Delplaner styres mot de mål som er utarbeidet i IP. Hvis ikke IP innehar denne funksjonen, å samordnes mot felles mål, vil verken samarbeid, tverrfaglighet og helhetsperspektiv – helhetssyn på mennesket tydeliggjøres. Det kan tyde på at IP i noen tilfeller ikke arbeider mot felles mål, at rette tiltak ikke samvirkes, at deler av tiltak fungerer eller at tiltak ikke er tilpasset ungdommenes behov.

I positiv retning innebærer gode samarbeid at planlegging i overgangen bidrar til selvstendigjørelse for ungdommen. Forutsigbarhet og gjennomførbarhet er faktorer som handler om at involverte parter (både ungdommen og yrkeshjelpere) samarbeider for bevisstgjøring av god planprosess - på veien mot voksenlivet. Det samme gjelder for

motivasjon og opplevelse av brukermedvirkning for ungdom. IP kan dermed bidra til styrke prosessen mot selvstendigjørelse, forutsatt at brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid faktisk skjer.

Gode samarbeid sees gjennom tidlig involvering fra voksentjenesten, introduksjon (informasjon, kartlegging, fokus på livsområder) og kommunikasjon. Det gjelder så vel tjenesteutøvere seg imellom som i forholdet til ungdommen. Positiv samarbeid oppleves også når det kreves hyppigere og tettere samarbeid og at hjelpeapparats holdninger søker å ivareta tverrfaglig samarbeid.

Det erfares gode samarbeid gjennom elektroniske utvekslingsmuligheter slik at kontakt kan etableres raskt og skape deltakelse for både ungdommen og yrkeshjelpere. Det at BFT og HVT er ligger i samme lokaler (offentlige service kontor) tilrettelegger for godt samarbeid. Når yrkeshjelpere også i tillegg blir samstemmige og fordeler ansvarsområder tydeliggjøres og styrkes det tverrfaglige samarbeidet. I større tverrfaglige sammenheng for samarbeid slik som i OSK- team drøftes og utvikles (enkelt) saker. I disse tverrfaglige møtene opplever yrkeshjelpere å få fram (belyst) saker tidligere. OSK – møter kan være arena for å se ungdoms behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Kommunens retningslinjer og rutiner i overgangen ser ut til å fungere godt, men erfaring tilsier at disse føringene trenger å videreutvikles. Andre erfaringer tilsier at kulturen(ikke rutiner, retningslinjer) for samarbeid hos tjenesteutøver forankres tidlig i overgangen for ungdommens planprosess. Ledelsen ved rådmannens fagstab skal støtte oppunder prosesser for ansvar, roller og samarbeid i IP, noe som kommunen arbeider med gjennom koordinerende enhet.

IP i seg selv har en god struktur for tverrfaglig samarbeid som krever dialog og planlegging i lag med ungdommen. Livssituasjonen rundt ungdommen, flere involverte parter og forståelse for ungdommenes behov gir også grunnlag for godt tverrfaglig samarbeid. Det erfares at det krever mye av yrkesutøverne å motivere ungdommen slik at de blir kreative i sine egne liv. Forskjellige varianter for utarbeidelser og utvikling av IP, kan tyde på at ungdommenes behov blir ivaretatt. Det gjelder selv om lik struktur (bla. gjennom maler) brukes i kommunens utarbeidelser av IP.

## 6.6 Kan IP bidra til å kvalitetssikre helhet og sammenheng i overgangen?

- Kan kommunen ivareta demokratiske rettigheter for ungdommer som har behov for langtidsiktede og samvirkende tjenester?
  - Kan bruk av IP bidra til å oppnå funksjons – mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet?
  - Kan IP bidra til å minske gapet mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming eller krav til funksjon?

I praksis kan før, underveis og etter – prosesser (se kap. 6.4) fortone seg annerledes i planarbeidet. Yrkeshjelpere kan ivareta retten til IP ved å ta i bruk prosedyrer for evaluering av IP. Det vil med andre ord si at demokratiske rettigheter ikke er begrunnet ut i fra skjønn, faglige vurderinger og lovgrunnlag. Det kan føre til at enkeltindivider og enkeltgrupper ikke sidestilles for rett til IP. Kan funksjonshemmingsbegrepet virke stemplende overfor for eksempel ungdommer med barnvernstiltak? Trenger vi et nytt begrep?

Det synliggjøres at innflytelse, deltakelse, tverrfaglighet og teamarbeid er sentrale stikkord for å kvalitetssikre gode overganger ved bruk av IP. Når tiltak samordnes i forhold til ungdommenes livsområder og faktiske behov, så kan et godt tjenestetilbud etableres ut ifra brukermedvirkning. Det er i antakelse om at det er sammenheng med ungdommens deltakelse og resultater(virkning) av tjenester (Slettebø & Seim, 2001). Når fokus rettes mot felles målsettinger i fra involverte parter, sikres også at tiltak samvirkes for godt tjenestetilbud. Det gjenspeiler i tverrfaglighet og teamarbeid for hvor godt tiltak og tjenester blir utformet og samordnet ut ifra kommunens tjenesteapparat.

Selv om kommunens hjelpeapparat har kommet langt i utvikling av IP, har kommunen likevel forbedringspotensialer i det å kvalitetssikre tjenestetilbudet for ungdommer. I for eksempel tverrfaglighet og teamarbeid sees samarbeidet noe uklart i forhold til hvem gjør hva og hvordan, selv om IP har klare ansvars – og retningslinjer.

En utfordring i IP er når ungdommen i rettslig og teknisk betydning blir myndig. Skal det være et skarpt skille ved 18 – års alder når utarbeidelse av egen plan eller skal det foreligge andre grunner enn alder for utarbeidelse av egen plan? Ivaretagelse av rettsikkerheten (taushetsplikt, sensitive opplysninger, klageadgang) utfordrer yrkesutøver med bakgrunn i om planen skal være for hele familien eller ikke. Uansett må rettsikkerheten ivaretas selv om IP

ikke foreligger og som handler om hvordan tjenesteutøver (med hverandre og hjelpeapparatet for øvrig) formidler og utveksler informasjon om brukere i kommunen. Dette handler om yrkesetiske og juridiske retningslinjer som tjenesteutøver er forpliktet til å utføre, blant annet gjennom å underskrive på taushetspliktserklæringer. En fordel ved bruk av IP er at grader av informasjon om brukere styres gjennom koordinatorene. På den måten kan kommunen ”hindre” at aktører på ulike nivåer, etater og sektorer får innsikt i sensitive opplysninger, for slike opplysninger kan komplisere for godt samarbeid.

Samarbeid mellom ulike fagprofesjoner skal gjenspeile helhet og sammenheng for ungdommenes tjenestetilbud i overgangen mot voksenlivet. Når brukermedvirkning ikke synliggjøres gjennom et helhetlig og sammenhengende tjeneste ved bruk av IP, fungerer ikke IP etter intensjonen eller til å kvalitetssikre tjenester i overgangen. IP er en metode og et verktøy som involverer høy grad av deltakelse og innflytelse samt tverrfaglighet og tverrfaglig samarbeid. Når overføring av tjenester, tiltak eller mål ikke blir tilpasset ungdommenes behov sikres heller ikke brukermedvirkning. Hvilke involverte parter deltar og hvordan møtevirksomheter utføres er også viktig for hvordan planarbeidet etableres og utvikles. Det kan handle om at mange involverte parter (eks. mellom etater og etablering av kontakt) utfordrer ungdoms målsettinger i det tverrfaglige arbeidet.

Kommunen har gode erfaringer i overføringssaker som involverer ungdom med funksjonsnedsettelse, funksjonshemming og sammensatte behov. Det kan tyde på at kunnskap om behov i forhold til funksjonshemmede ungdommer samt ved sammensatte behov hos ungdommen, er av (høy) faglig kompetanse. Det kan også være slik at samarbeidet fungerer godt rundt disse ungdommene og dermed større forståelse for ungdommenes behov og deres livssituasjon. Det kan også være slik at jo flere involverte eller flerfaglighet i det tverrfaglige samarbeidet, tar ansvar og planlegger godt i forhold til funksjonshemmede ungdommer. I henhold til oversikt over saksbehandlernes kompetanse (vedlegg:6) ser en at vernepleiefaglig eller helsefaglig kompetanse er sterkt representert, selv om også sosialfaglighet er representert. Den interne organiseringen i BFT har skapt utfordringer i forhold til hvilke ungdommer som har rett på IP. Inntil sommer 2009 var vanlig juridisk praksis i BFT, at ungdommer fikk vedtak på IP gjennom Lov om sosiale tjenester (LOST). Lovgrunnlaget for rett til IP gjennom Lov om barnevernstjenester (LOB) er ganske nytt, er det usikkert om det har ført til endringer i lovpraksisen i kommunen. Samtidig går IP under flere lovverk og gjelder ikke bare i LOST. Når barnevernsungdommer har fått innvilget IP, gjelder det ikke ut ifra omsorgssituasjonen, men funksjonshemming som kriterium. Hovedsakelig er



det kjent for offentlig ansatte i BFT og HVT, at vedtak om IP begrunnes ut ifra behov (og skjønn) for langvarige og koordinerte tjenester (jfr. forskrift om IP). I følge datafunnene spriker imidlertid erfaringer i flere retninger når det gjelder kriterier for å få innvilget IP i kommunen. Tendensen ser imidlertid ut til å peke på behov for langvarige og koordinerte tjenester heller enn funksjonshemming herunder funksjonsnedsettelse.

Det sees i forhold til utvikling av ulike at individuelle planer at ungdommenes faktisk behov kan framkomme. Det gjelder i forhold til om planen blir forankret i det daglige liv og miljø for ungdommen. Hjelpeapparatet bidrar til å være støttespillere, såfremt ungdommene selv opplever mestring og motivasjon gjennom IP og dermed økt eller styrket selvstendighet fram mot voksenlivet. Når hjelpeapparat bidrar til å være medspillere gjelder det i forhold til informasjonsutveksling, samtaler, omsorg og veiledning til ungdommene. Veiledning handler ikke bare om å gi råd, men også hjelp til selvhjelp som vil si å løse oppgaver i lag med ungdommen og ikke for dem. Dette kan bidra til økt mestring, selvfølelse, selvbilde og selvtillit som igjen styrker ungdommenes modning i overgang til voksenliv. Antonsovs kys helsefremmende og demokratiske faktorer, kan danne bidrag eller grunnlag for å forstå hva som bidrar til mestring og motivasjon hos ungdommen (Piotrowska et al.).

Opplevelse av forståelse for sin situasjon, evne til og mulighet til å mobilisere egne ressurser samt ressurser i det sosiale nettverket og å se på problemer og konflikter i en meningsfylt sammenheng, for derigjennom ha følelse av å leve sitt liv innenfor en større helhet, styrker deres overgang mot selvstendigjørelse (Andresen, 2000). Det gjelder også for å forstå bruk av planprosessen. Det betyr at oversiktlig og forutsigbarhet når det gjelder tiltak, gjennomføring av tiltak, samarbeidspartnere og langvarigheten av tiltak og tjenester er bevisstgjørende (for ungdom). Det erfarer at samarbeid, motivasjon, kommunikasjon og tid er sentrale faktorer for om ungdommene opplever dette. Derfor er relasjon – og samspill kompetanse eller økologisk tilnærming vesentlig i å forstå samhandling mellom yrkesutøvere og ungdommen. Hovedsaken er at egenskapsforklaringer ikke blir brukt om ungdommen, selv om individuelle tiltak kan forekomme. F.eks. gjelder individuelle tiltak, oppfølging og behandling av helsemessige og eller medisinske årsaker. Det er i tråd med Forskrift om IP at individuelle tiltak er tilpasset behov for den det gjelder. Når det erfarer at IP ikke ivaretar fleksible, kreative og individuelle løsninger synes det som om egenskapsforklaringer er rådene eller styrende. Begrunnelsen for å legge ansvaret i egenskapsforklaringer om funksjonshemming og funksjonsnedsettelse kan hindre målet om å nå full deltakelse og likestilling for den det gjelder. Det kan synes som om det er motsetninger eller forskjell

mellom idealer og realiteter når det gjelder forståelse av ungdommer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester gjennom IP. På den ene siden sees høy faglig kompetanse og forståelse for ungdommens behov og relasjoner, og på den andre siden sees en biologisk - medisinsk forklaring for ungdommenes behov. Samtidig kan bruk av en rasjonell helhetlig livsplan som IP innebærer, forstå disse motsetningene slik at de utfyller eller står i forhold til hverandre. Det samme gjelder for bruk av begrepet funksjonshemming.

Kulturen for samarbeid forankres tidlig i overgangen, noe datamaterialet bærer preg av. Samtlige informanter sier at det er viktig med tidlig involvering, forberedelse og planlegging i overgangsfasen. Dette gjelder også i forhold informasjon som er grunnfjellet i saksbehandlingen i følge en informant og at kapasitet, rom for handling og koordinering av tiltak og tjenester er noe av elementene for videre utvikling av IP i kommunen. Andre utviklingsmuligheter gjelder opplæring i bruk av og kunnskap om IP. Dessuten utviklingsfremmende støtte fra hverandre (ansatte i kommune) som bidrar til selvstendighet, rollebevissthet og forpliktende ansvar i IP.

Avslutningsvis handler IP om dets nytteverdi og eierskap som igjen handler om brukermedvirkning. Når det gjelder motivasjon for ungdommens selvstendigjørelse, så kommer ikke yrkesutøvere utenom å inngå i krevende prosesser og relasjoner til ungdommen. Her sees et samspill i vekselvirkning med hverandre og prosesser for å tolke vekselvirkningene eller transaksjonene. I følge datamaterialet ønskes IP som en plan som er lett å forstå både for ungdommen (evt. foreldre) og yrkesutøverne. Erfaringer tilsier også at å holde fokus på livsområder kan bidra til å ivareta ungdommenes særtrekk, behov, interesser og ressurser i overgang til voksenliv. Dette gjelder så fremt involverte parter har samme fokus og at tiltak har like målsettinger i planen.

I all hovedsak er brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid og rettigheter det som sees på som det viktigste for å få til helhet og sammenheng i overgangen for målgruppa.

## Kapittel 7 Avslutning

Avslutningskapitlet vil identifisere hovedtrekk fra datamaterialet. Det innebærer å tydeliggjøre mønster som er framkommet fra datafunnene.

- **Betydningen av kommunal utvikling og ledelse for bruk av IP.** Utvikling og ledelse for bruk av IP sees i sammenheng med tid, rom, handlingsrom, kapasitet, ansvar og rolleavklaringer, kommunikasjon og tverrfaglighet. Det er kommunens forvaltning gjennom barne-, og familietjenesten og helse – og velferdstjenesten som har ansvar for vedtak, igangsetting og oppbygging av tjenestetilbudet for ungdommer med behov for langvarige og samvirkende tjenester – i overgang til voksenliv. Rådmannens fagstab utvikler IP i samarbeid med koordinerende enhet(fagressursgruppa), gjennom retningslinjer, utarbeidelse av IP og opplæring med videre. Ungdommenes behov trenger ikke utgå fra deres ønsker og behov, men ut fra kommunens ressursapparat. Overgangen fungerer bedre i forhold til funksjonshemmede ungdommer når foreldre og hjelpeapparat bidrar til å forstå ungdommenes behov. Brukermedvirkning kan fungere så fremt holdninger, forståelser, samhandling virker samstemmige med ungdommen. Det kan også være slik at tjenestetilbudet ikke opererer i forhold til faktiske behov som ungdommer kan ha. Dermed fungerer ikke brukermedvirkning etter intensjonen blant annet i følge lovverk og teoretiske begrunnelser. Det kan forstås slik at den sosiale modellen av begrepet funksjonshemming hindrer full deltakelse og likestilling for ungdommers overgang til selvstendigjørelse. Skriftlige retningslinjer i overgangen for samarbeid, utarbeidelse, enkle maler og elektroniske samhandlingsverktøy kan forsterke ungdommers deltakelse og innflytelse, så fremt rutiner følges i praksis og er hensiktsmessige. Imidlertid synes det som om slike rutiner kan videreutvikles av kommunen. Tverrfaglige møter som OSK- team, ansvarsgrupper, samlokalisering av BFT og HVT kan fremme tverrfaglige samarbeid. Det kan også virke forebyggende for ungdommer som har behov for langavrige og koordinerte tjenester. Det kan videre fremme ungdommers rett til IP. Det kan se ut som at det tverrfaglige samarbeidet kan utvikles, slik at rolle – og ansvarsavklaringer blir nærmere definert eller forklart. Det kan forhindre at en – eller flerfaglighet utgjør arbeidsmåten for tjenestetilbudet til ungdommene. Kommunens ledelse og yrkeshjelpere kan utvikle IP for ytterligere rolle, ansvar, fag – og kunnskapsområder. Områdene kan videre knyttes til den daglige praksisutøvelsen av IP.

- **Betydningen av faktisk brukermedvirkning.** Samtykkekompetanse og forståelse av begrepet funksjonshemming kan sette begrensninger for ungdommens deltakelse og innflytelse. Hjelpeapparatet og foreldre har tolket behov for ungdommen eller at planer (tiltak, behandling) har tilhørt tjenesteapparatet og ikke fungert som ungdommens egne planer. Det kan igjen føre til at tiltak, tjenester eller mål ikke står i henhold til ungdommens behov. Det fordres at yrkeshjelpere fungerer som støtte – og medspiller for å bevisstgjøre og ansvarliggjøre ungdommen i overgangen. Relasjonell kompetanse og økologisk forståelse kan sikre kontinuiteten i overgangen mot selvstendigjørelse. Det sees samtidig en respekt for menneskeverdet å ivareta menneskets behov og perspektiv. Kommunikasjonsmetoder, tid, rom og kapasitet kan også øke brukermedvirkning. Det kan minske gapet mellom ungdommens forutsetninger og omgivelsenes krav. Asymmetrien i forholdet mellom ungdommene og hjelpeapparatets kan også sees som en relasjonell forståelse eller sosial modell av begrepet funksjonshemming. Ulike tjenesteutforminger gjennom ungdommenes perspektiv kan sikre kvalitet på tjenestene samt at det foregår i en kontinuitet i overgangen. Dette er avhengig av forståelse, holdninger og håndteringer fra hjelpeapparatet. Det kan føre til at tradisjonelle, rigide eller kulturelle forståelser fortsatt gjør seg gjeldende i praksis. Det kan blant annet sees om forståelse av funksjonshemming som kan legge føringer for brukermedvirkning, rettigheter og behov.
- **Betydning av tverrfaglig samarbeid.** Det å sikre utvikling av planprosessen innehar prosesser som innflytelse og deltakelse for ungdommen, for slik å samordne tiltak i overgangen. Saksbehandlere sier selv at brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid er sentrale momenter som bidrar til helhet og sammenheng i overgangen. Konflikter som yrkesutøverne kan ha, er nettopp koordinering av tiltak og tjenester i overgangen. Det gjelder også i forhold til viderefølgning og oppfølging av tiltak og tjenester mellom BFT og HVT. Det samme gjelder i forhold til hvilke ressurser kommunen kan ha og om tjenester er ut i fra ungdommens egne behov. Kommunikasjon mellom yrkesutøver på hvem som gjør hva og hvordan, kan sikre en stødigere kurs i planleggingen av planprosessen. Selv om konflikter utspiller seg, erfarer saksbehandlere oftest samstemmighet. I samarbeid med andre etater, instanser, og eller eksterne relasjoner utenfor kommunen, oppleves gode rutiner selv om det er vanskeligere å etablere kontakt. Imidlertid kan forståelse av å opprette og vedlikeholde tiltak være av ulike begrunnelser fra hjelpeapparatet. Det kan føre til at IP som metodeverktøy ikke blir

utnyttet i fullt grad. Tid til å gjennomføre IP i den daglige fagutøvelsen blir heller ikke fremhevet. Positive synergieffekter sees når IP styres mot felles målsettinger. Planlegging (dvs. forutsigbarhet og gjennomførbarhet av tjenester og tiltak) i overgangen gjelder å fokusere på tidlig involvering fra HVT i planprosessen. Planlegging kan dermed bidra til at det styres mot overordnede mål som selvstendigjørelse og voksenliv. I samarbeid med ungdommen fungerer dialog for å planlegge overgangen. Yrkesutøveres holdninger, handlinger og håndteringer sees i forhold til behov som ungdommen kan ha og deres livssituasjoner. Relasjonell kompetanse er faglig viktig samt å fokusere på tid, motivasjon og bevisstgjøring i lag med ungdommen. Det å utvikle kommunikasjonsmetoder gir større rom for å forstå ungdommens behov. I større tverretatlige samarbeid utveksles enkeltsaker som kan sikre ungdommen større rettigheter og bistand fra hjelpeapparatet.

- **Faglig kunnskap, juridiske samt etiske retningslinjer og dilemmaer.** Fordi om tiltak eller tjenester kan endre seg i overgangen kan det likevel stå i henhold til ungdommens forståelse og behov. Imidlertid kan ikke ungdommen selv påvirke tjenestetilbudet. Det kan forstås som at ressurser utgår fra kommunens tiltaksapparat. Når ungdommers behov blir vurdert ut fra foreldre eller hjelpeapparat kan ungdommenes faktiske behov være sett, hørt og forstått. Det handler om å "se" eller forstå det andre mennesket i både allmenneskelige, faglige eller empatiske perspektiv. Offentlige ansatte innfor helse – og omsorgssektoren innehar i sin yrkesutøvelse yrkesetiske forpliktelser. Det å fokusere på informasjon, rettigheter, forebygging i forhold til ungdommens behov kan sikre kontinuitet i overgangen. Rutiner eller systemer må være tilgjengelig hvor ungdommer er, slik at IP kan være en levende prosess i ungdommens miljø eller hverdagsliv. Rutiner og systemer må også finne sted i tverrfaglige samarbeidsmøter eller selvstendig yrkesutøvelse.

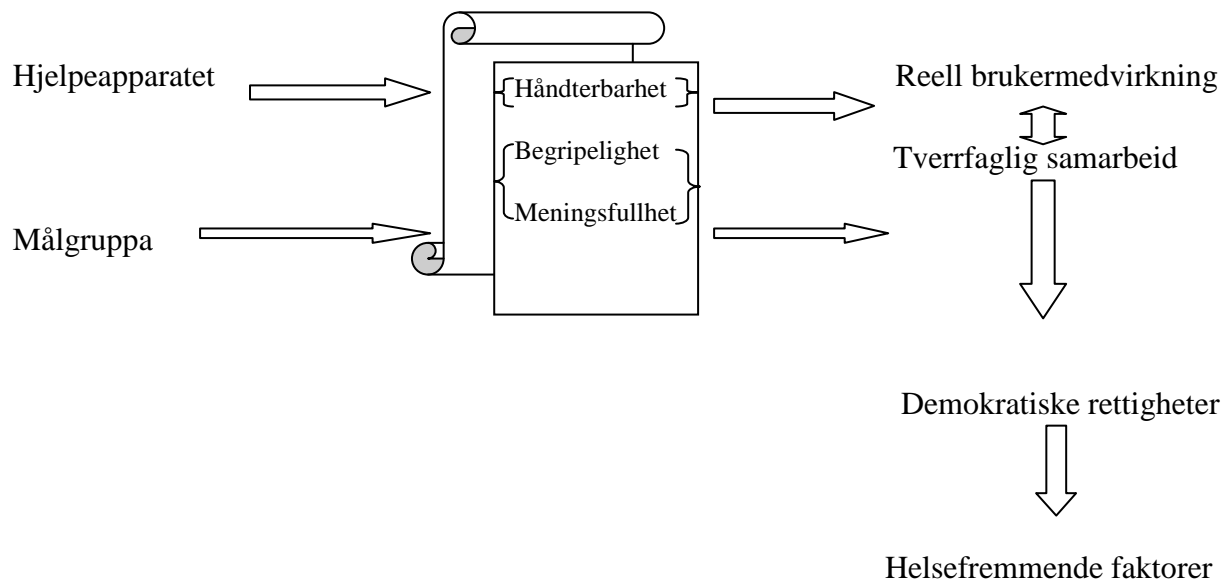
Det må også være forståelig, begripelig og meningsfullt for ungdommen å ta i bruk IP. Tiltak kan ellers svinne hen eller at ungdommen ikke ønsker videre tiltak eller tjenester i overgangen. En samlet beskrivelse for hvem har rett på IP kan gjelde i stedet for en bestemt gruppe av ungdommer. Forståelser av begrepet funksjonshemming kan nyttiggjøre seg i faglig praksisutøvelse. Samtidig kan funksjonshemming som begrep oppfattes negativt særlig når det virker stigmatiserende (stigmatiserende) for den det gjelder.

- **Kompetanse om livsområder, overgang til voksenliv og relasjoner.** Kvaliteten på tjenestene i overgangen må styres gjennom planarbeidets prosesser. Det samme

gjelder for samkjøring av tiltak og tjenester som skal føre til felles målsettinger for ungdommer. Kvaliteten på tjenestene avgjøres av brukerne. Et systemskifte mellom BFT og HVT innebærer at ungdommen merker så lite som mulig til overgangen mot voksentjeneste. Ansvarsgrupper utgjør tverrfaglig samarbeid som fordeler ansvar, roller, fag og kompetanse (kartlegging av livsområder) overfor ungdommen. Når tverrfaglig samarbeid fungerer i tråd med oppgavene i ansvarsgruppa samt utvikling av tiltak og tjenester, støtter det opp under ungdommenes prosesser mot voksenlivet. Tverrfagligheten søker å se hele mennesket og dermed i et flerdimensjonalt perspektiv. Samhandling, samspill og relasjonskompetanse er begreper som åpner opp for likeverdige forhold i interaksjon med ungdommer. Når ungdommen selv opplever tjenesteutøvere som støttespillere oppleves gode relasjoner og dermed også gode planprosesser. Ulike planprosesser kan føre til gode overganger og som skaper oversiktighet og forutsigbarhet i et tidsløpsperspektiv. Kunnskap om IP søker å videreutvikles samt dets ansvarliggjøring blant annet gjennom kommunens ledelse for å konkretisere IP i praksis. I tillegg kommer yrkesutøvernes kompetanse samt faglige, etiske og juridiske vurderinger for bruk av IP. Det er uvisst om den kommunale organiseringen fremmer eller hemmer bruk av IP i overgangen. Uansett er det i dag ingen entydig instans som har det formelle ansvaret for ungdommen i overgangen. Tverrfagligheten kan i den sammenheng bidra til å opprettholde det formelle ansvaret for å sikre gode overganger.

- **Styrking i overgang til voksenliv.** Forståelse av funksjonshemming er sentralt for at rettigheter kan forekomme hos ungdommer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det handler om å se funksjonshemming i ulike begrepsperspektiv og som flerspektret fenomen. Det å ivareta rettigheter kan videre handle om å ta i bruk metoder for å vurdere (evaluere) IP heller enn etter skjønn, hensiktsmessighet eller sak til sak. Hvordan tjenesteapparatet håndterer bruk av IP sees i forhold til brukervedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Det kan igjen føre demokratiske rettigheter og helsefremmende faktorer for ungdommen (fig. 3).

Figur 3. Overordnede elementer for utøvelse av IP



En konklusjon i studien er at IP kan bidra til at 1) behov for ulike tiltak, tjenester og mål, 2) brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid 3) funksjonshemmingsbegrepets forståelse, kan føre til å se hele mennesket. For ungdommer i overgang til voksenliv vil det å bli sett, møtt, hørt og forstått som menneske, bidra til å styrke deres vei mot selvstendigjørelse. Det vil si at ungdommer inngår i vekselvirkninger med sine omgivelser og ikke som objekter. Det skaper videre en forståelse av at mennesket er en kompleks og motsetningsfylt levende vesen. For å se hele mennesket handler videre om hjelpeapparatets forståelse for bruk og utvikling av IP for ungdom – i overgangen. (Fag)kunnskap, etiske og juridiske retningslinjer i praksis er også viktige bidrag. Ulike prosedyrer kan være alternativ til for eksempel hvem kan ha eller får rett til IP for derigjennom å kvalitetssikre deres rettigheter. Ovennevnte elementer er oppsummert i figur 4.

Figur 4. Kjerneelementer i empirisk og teoretisk øyemed.



Forskningsspørsmålene i denne oppgaven kan viderefølges i andre forskningsøyemed. Selve arbeidsprosessen i individuell plan kan og bør det fokuseres på i videre forskning om IP. For forøvrig kan det forskes på bruk av IP i alle aldersgrupper og ulike tjenesteutøvelser. Spesielt kan det i tiden fremover fokusere på bruk av og forskning om IP i barnevernstjenester, ettervern og psykiatri.



## Referanseliste

Andersson H.W., Ose, S.O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M. & Ådnes, M. (2005). Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge. Trondheim: SINTEF 10 – 20 STF78 A055025.

Andersson, H.W., Røhme, K., & Hatling, T. (2005). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene: delrapport 2 i evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Oslo: SINTEF Helse.

Andersson, H., & Steihaug, S. (2008): Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykisk problemer. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Oslo: SINTEF Helse.

Andevig, E. (1/2006). Dialogkonferanse om individuelle planer for barn og unge. ISSN:0808-131x. Høgskolen i Vestfold.

Andresen, R. (Ed.). (2000). Fellesskap og sammenhenger – yrkeshjelpere i grupper, nettverk og organisasjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Askheim, O.P., Andersen, T., & Eriksen, J. (Ed.). (2006). Sosiale tjenester for familier med barn med funksjonsnedsettelse.

Bakke, T. (Ed.). (01/2009). Jeg har en plan. Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan. IS-1672. Helsedirektoratet, Avdeling for rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger.

[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00111/Jeg\\_har\\_en\\_plan\\_111339a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00111/Jeg_har_en_plan_111339a.pdf)

Bakke, T., Vege, A., & Oterholt, F. (1/2007). "Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt...". ISBN 978-82-8121-174-2. Rapport - stiftelsen GRUK. [www.GRUK.no](http://www.GRUK.no)

Baldersheim, H., & Rose, L. E. (Ed.). (2000): Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokalpolitikk og organisering. Bergen: Fagbokforlaget AS.

Barnes, C., Mercer, G., & Shakespeare, T. (1999). Exploring disability. Cambridge: Polity Press.

Barneombudet. [www.barneombudet.no/](http://www.barneombudet.no/)

Berge, A.R., Lorentsen, Ø., & Smebye, H. Kr. (2000). Metodikk og verktøy i praktisk rehabiliteringsarbeid. Foreløpige resultater av et utviklingsprosjekt i kommunene Lier, Hurum og Tvedestrand. Rehab – Nor – rapport.

Bratterud, B., & Skårstad, A. (Ed.).(12/2008). Overgang fra barnevern til voksenliv i Trondheim. Sluttrapport fra OBVIT – prosjektet. ISBN: 978-82-91927-09-1. NTNU Samfunnsforskning AS.

Buciek, K.(1996): Fra problem til metode: en casebasert indføring i anvendelsen af kvalitative metoder til belysning af struktur- agent problematikken. Frederiksberg: Roskilde universitetsforlag.

Cabtree, B.F., & Miller, W.L. (Ed.).(1992). Doing Qualitative Research. California, Newbury Park: Sage Publications.

Dowling, S., Manthorpe,J., Cowley, S., King, S., Raymond, V., Perez, W., & Weinstein, P. (2006). Person – centred planning in social care. A scoping review. [Electronic version]. JosephRowntreeFoundation.

Website:[www.jrf.org.uk](http://www.jrf.org.uk) <http://www.jrf.org.uk/publications/person-centred-planning-social-care-scoping-review> 19. november 2009.

Ekker, T.K., Fugleth, A. (2001). Samarbeid til barnets beste? - en studie av samarbeidet mellom barnevernet og andre forvaltningsorganer. Bergen: Los – senteret.

Eriksen, E. O.(2001): Demokratiets sorte hull – om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten. Oslo: Abstrakt forlag.

Faldet, A.-C.(2004). Forebyggende barnevern og tverrfaglig samarbeid i bydel Sagene Torshov: en undersøkelse av ansattes erfaringer og opplevelser og forslag til forbedringer. Oslo: A.-C. Faldet.

FNs konvensjon om barnets rettigheter. Barne-, og familiedepartementet. [www.odin.no](http://www.odin.no)

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.  
[www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (2005). Helse – og omsorgsdepartementet. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

Grut, L.(2007). Tverrfaglig samarbeid i psykisk helsearbeid. SINTEF - rapport.

Grut, L.(2008). Erfaringer med bruk av individuell plan. En litteraturoversikt. SINTEF - rapport.

Gulbrandsen, A., & Forslin (Ed.).(1997). Helhetlig læring: veier til utvikling hos voksne i utdanning og arbeidsliv. Oslo: Tano Aschehoug.

Gylseth, G.(2004). Rapport fra prosjektet SiU, Samarbeid i utvikling / Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Molde sjukehus; i samarbeid med kommunene i Romsdal og fire kommuner på Nordmøre. Molde: Helse Nordmøre og Romsdal, Avdeling for barn og unge.

Habermas, J., & Kalleberg, R.(1999): Kraften i de bedre argumenter. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Helland, K.E.(2002). Resultatsenhetsmodellen i kommunal organisering. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Helsedirektoratet(1/2009). Hva skjedde i 2008? Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011. IS-1699.

Helsetilsynet.(5/2009). Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn og unge. ISSN: 1503-4798. [Electronic version). Oslo: Statens helsetilsyn.

Hjort, P. (2003). Tre foredrag om funksjonsperspektivet: fra diagnose til funksjon - fra problem til mulighet: det gode skjønn - like muligheter, ulike tiltak: tverrfaglige team - verdier, ledelse og samhandling. Dokumentet er del av serien [Trygdekontorprogrammet 2003](#). Oslo: Trygdeetaten, Prosjekt for inkluderende arbeidsliv.

Horn,T., & Gruber, T. (Ed.). (2002): Overgange - et temahæfte om yngre handicappede og koordination.FormidlingscenterØst.

[www.ufch.dk/kvalitet/temaovergange/letterovergangen.htm](http://www.ufch.dk/kvalitet/temaovergange/letterovergangen.htm)

Jensen, L., Petersen, L., & Stokholm, G. (2007). Rehabilitering: teori & praksis. Samfundsmæssige rammer og barrierer for en helheds - og brukerorientert rehabiliteringsinnsats. København: FADL's Forlag.

Kjellehold, A.(2005). Retten til individuell plan.2. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Konsmo, T., & de Vibe, M. (2006). Rapport fra prosjekt i Skien og Porsgrunn. Koordinert hjelp for barn og unge. Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial – og helsetjenesten (GRUK). Rapport nr. 1/2006. URL: [www.gruk.no](http://www.gruk.no)

Kvale, S.(1997). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvale, S., & Brinkmann, S.(2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk.

Landsforeningen for barnevernsbarn. [www.barnevernsbarna.no](http://www.barnevernsbarna.no)

Launsø, L., & Rieper, O. (2000): Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forskningsmetoder i samfunnsforskningen. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busckal.

Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi. Oslo: Universitetsforlaget.

Lerdal, Bjørn, (2009). Handlingsplan for habilitering av barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet.

Lorentzen, Ø., & Berge, A.F. (2006). Individuelle planer – Brukeres erfaringer og opplevelser. Rehab – Nor. <http://www.rehab-nor>

Lorentzen, Ø., & Berge, A.F. (2006): Hva mener eierne?[Electronic version]. Respekt 1 – 2006, 44-49.

Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven]. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

Lov om barnehager (barnehageloven). KD (Kunnskapsdepartementet). [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

Lov om barneverntjenester (barnevernloven). BLD (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet). [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

Lov om barn og foreldre (barnelova). BLD (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet). [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). KD (Kunnskapsdepartementet). [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

Myrvold, T. Og Helgesen, M (2009): Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR – rapport 2009:4.

Myrvold, T.M., Haaland, T., & Holm-Hansen, J.(2007): Flerkulturelt barnevern: En kunnskapsoversikt, NIBR-rapport 2007:10 Oslo: NIBR.

Nasjonal helseplan (2007 – 2010). Helse – og omsorgsdepartementet.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011. Helse – og omsorgsdepartementet.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015).

NESH (2006). Nasjonal forskningsetisk komité for humaniora og samfunnsfag.

Norges Handikapforbund. [www.nhf.no/index.asp?mal=3&id=62458](http://www.nhf.no/index.asp?mal=3&id=62458)

Normann, T., Sandvin, J.T., & Thommasen, H. (2008): Om rehabilitering - Mot en helhetlig og felles forståelse? Oslo: Kommuneforlaget.

NOU 2005: 8: Likeverd og tilgjengelighet. Rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Bedret tilgjengelighet for alle.

NOU 2000:12: Barnevernet i Norge. Tilstandsvurderinger, nye prosjekter og forslag til reformer.

NOU 2001:22: Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.

- Oliver, M.(1990). *The Politics of Disabled people*. London: MacMillan.
- Ot.prp. nr. 69.(2008-2009). Om lov om endringer i barnevernloven. Barne-, og likestillingsdepartementet.
- Paulsen, M., (Ed.). (09/2009). En nasjon, de med...? I FONTENE. Et tidsskrift fra Fellesorganisasjonen (FO). Oslo: Hjemmet Mortensen.
- Piotrowska, M., Befring, E., Talseth, R., & Veia, I. (2005). *Se meg!: Årsrapport om barns og unges psykiske helse/*Organisasjonen Voksne for barn. Oslo: Voksne for barn.
- Postholm, M. B.(2005). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rapport fra Helsetilsynet (5/2009). Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid - Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2008 med kommunale helse-, sosial- og barnevernstjenester til utsatte barn.
- Repstad, P.(Ed.) (2004): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Tano.
- Rød,S., (Ed.). (10/2009). Fusk i ettervernet. I FONTENE. Et tidsskrift fra Fellesorganisasjonen (FO). Oslo: Hjemmet Mortensen.
- Sandberg, N. (2005). *Stats – og kommunalkunnskap. En innføring*. Oslo: Spartacus forlag AS.
- Sandstrand, T. (2007): *Utviklingsnettverk "Barn i dag – i morgen voksen"*. Kjennetegn og kriterier for god praksis. Delrapport 1/2007. Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering(SKUR).
- Skivenes, M., & Strandbu, A. (2005)."[Familieråd som deliberativ beslutningsmodell og behovet for et barneperspektiv](#)" i Willumsen (Ed.) *Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårstad, A.(2006). *På terskelen til en selvstendig tilværelse. En kvalitativ studie om ungdom med tiltak fra barnevernet*. Masteroppgave i sosialt arbeid. Trondheim: NTNU.

Slettebø, T., & Seim, S.: I Sandbæk, M. (Ed.)(2001): Fra mottaker til aktør. Brukeres plass i praktisk sosialt arbeid og forskning. Oslo: Gyldendal.

Socialstyrelsen (2002). Individuell plan på den enskildes villkor. Sluttrapport. Stockholm. (<http://www.socialstyrelsen.se>).

Sosial - og helsedirektoratet (2005). Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan (IS – 1253).

SSI/SOSWSG (1991). Social Services Inspectorate/Scottish Office Social Work Services Group. Care Management and Assessment: Practitioners Guide, HMSO, London.

SSI/Social Services Inspectorate (1994). Services to Disabled Children and Their Families: Report of the National Inspection of Services to Disabled Children and Their Families, January 1994. HMSO, London.

St.meld. nr. 8 (1998-99). Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001 - Deltaking og likestilling. Oslo: Sosial – og helsedepartementet. [www.odin.no](http://www.odin.no)

St.meld. 21 (1998-99): Ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. [www.odin.no](http://www.odin.no)

St.meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [www.odin.no](http://www.odin.no)

St.meld. nr. 25(2005-2006). Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [www.odin.no](http://www.odin.no)

St.meld. 34(1996-97): Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre. Oslo: Arbeids – og inkluderingsdepartementet.

St.meld.40: Nedbygging av funksjonshemmede barrierer. Oslo: Sosialdepartementet.

St. meld. nr. 88,1966- 1967. Om utviklingen av omsorgen for funksjonshemmede. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet. [www.odin.no](http://www.odin.no)

St. prp.nr.46 (2004 – 2005). Ny arbeids – og velferdsforvaltning. Oslo: Arbeids – og velferdsforvaltning.

Storø, J. (2001). På begge sider av atten – Om ungdom, barnevern og ettervern. Oslo: Universitetsforlaget.

Stubrud, L.H. (2001). Utviklingshemning i et økologisk perspektiv. Oslo: Universitetsforlaget.

Thaagaard, T. (1998): Systematikk og innlevelse. Bergen: Fagbokforlaget.

Thommesen, H., Normann, T., & Sandvin, J.S.(2008). Individuell Plan - et sesam sesam? OSLO: Kommuneforlaget.

Thrana, H.M. (2008): Vil jeg bestemme? Om barn og unges medvirkning. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Introduction.

Winsvold, A., & Solberg, A. (2009). Modeller for barns medvirkning – en eksempelsamling. Nordisk markering av 20-års dagen for FNs barnekonvensjon. TemaNord 2009:577. København: Nordisk Ministerråd. [www.nhf.no/index.asp?mal=3&id=62458](http://www.nhf.no/index.asp?mal=3&id=62458)

Østtveiten, H.S. (1996). For barnas skyld: en studie av samarbeidet mellom barnevernet og offentlige tjenester. Oslo: Norsk institutt for by - og regionforskning(NIBR).

Øvretveit, J. (1993). Coordinating Community Care: Multidisciplinary Teams and Care Management. Buckingham & Bristol: Open University Press.

Åm, T., Helgesen, B., & Lien, L. H. (2007). Snart voksen – på vei fra barnevernet. Trondheim kommune: Rådmannens fagstab.



## Vedlegg

1. Lovgrunnlag tilknyttet individuell plan og forskrift om individuell plan
2. Informasjonsskriv til ledere i Barne – og familietjenesten forvaltning og tiltak og Helse – og velferdstjenesten – forvaltning og tiltak i Trondheim kommune
3. Informasjonsskriv til saksbehandlere i Trondheim kommune
4. Intervjuguide og spørsmålene fra OBVIT- prosjektet
5. Konesjon til å behandle personopplysninger og bekreftelse om utsettelse til våren 2010
6. Oppsummering av informantenes tilhørighet i bykommunen, bakgrunn og arbeid/erfaring i forvaltning
7. Informasjon om OBVIT - prosjektet
8. Kommunens struktur og organisering i BFT og HVT
9. Retningslinjer for samarbeidet mellom barne-, og familietjenesten(BFT) og helse – og velferdstjenesten (HVT)
10. Retningslinjer for informasjon om og utarbeidelse av individuell plan

### ***Lov og forskrift om individuell plan***

I tillegg beskrives endringer i forskriften, virkeområde, utenfor virkeområdet og generelt om samarbeid mellom tjenestene siden forskrift om IP trådte i kraft 1.1.05. Forskriften trådte imidlertid første gang i kraft 1.1.2001.

### ***Lovgrunnlaget***

Tjenestemottakerens rett til å få utarbeidet individuell plan, og tjenestenes plikt til å utarbeide individuell planer, er hjemlet i ulike lover og forskrifter. Lovgrunnlaget er utvidet flere ganger siden individuell plan kom inn i regelverket i 2001. I dag har vi et prinsipielt skille mellom de lovbestemmelsene som er knyttet til forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, og de lovbestemmelsene som ikke har denne tilknytningen. Den viktigste konsekvensen er at forskriftens utfyllende bestemmelser og krav til innholdet i en individuell plan bare er juridisk bindende i de tilfellene forskriften gjelder.

### **Pasientrettighetsloven § 2-5. Rett til individuell plan**

Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelse tjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (i kraft 1.juli 2001).

### **Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-5. Individuell plan**

Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold (i kraft 1. januar 2002).

### **Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a. Individuell plan**

Kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold (i kraft 1. juli 2001, sist endret 1. juli 2003).

## **Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1. Individuell plan**

Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold. Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45 (i kraft 1. januar 2007).

## **Sosialtjenesteloven § 4-3a. Rett til individuell plan**

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren, jf. § 8-4. Sosialtjenesten i kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvem rettighetene gjelder for, og om planens innhold (i kraft 1. januar 2004).

## **Arbeids- og velferdsforvaltningsloven (NAV-loven) § 15. Samarbeid med**

### **brukeren og individuell plan**

Enhver som henvender seg til kontoret, har rett til informasjon om arbeids- og velferdsforvaltningens tjenester og ytelser. Kontoret skal tidligst mulig avklare brukerens helhetlige behov. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren. Kontoret skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvem retten til individuell plan gjelder for og om planens innhold (i kraft 1. juni 2006).

## **Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen**

### **§ 28. Rett til individuell plan**

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med tjenestemottakeren, jf. § 42. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig

tilbud for den det gjelder. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvem rettigheten gjelder for, og om planens innhold.

### **§ 33. Individuell plan for deltakere i kvalifiseringsprogram**

Deltakere i kvalifiseringsprogram har rett til individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med deltakeren, jf. § 42. Kommunens ansvar etter § 28 annet og tredje ledd gjelder tilsvarende.

### **Barnevernloven § 3-2a. Plikt til å utarbeide individuell plan**

Barneverntjenesten skal utarbeide en individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet, og det foreligger samtykke. Barneverntjenesten skal samarbeide om planen med andre instanser barnet mottar tiltak fra. Departementet kan gi nærmere bestemmelser i forskrift om hvilke grupper av barn plikten omfatter, og om planens innhold.

### ***Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.***

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 23. desember 2004 med hjemmel i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-2a, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-5 og lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-1, jf. delegeringsvedtak 21. desember 2001 nr. 1478 og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) § 4-3a. Endret ved forskrift 15 des 2006 nr. 1425.

### **§ 1. Virkeområde**

Forskriften gjelder individuelle planer som skal utarbeides etter bestemmelser gitt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a.

### **§ 2. Formål**

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er:

- a. å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset

tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,

- b. å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov,
- c. å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

### § 3. *Definisjon*

I forskriften her menes med tjenestemottaker:

*pasient*: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav a

og/eller

en person som henvender seg til sosialtjenesten med anmodning om sosiale tjenester, eller som sosialtjenesten gir eller tilbyr sosiale tjenester i det enkelte tilfelle.

### § 4. *Tjenestemottakerens rettigheter*

Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning tjenestemottakeren og pårørende ønsker det.

Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Den individuelle planen gir ikke tjenestemottakeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

#### **§ 5. Samtykke**

Individuell plan skal ikke utarbeides uten tjenestemottakerens samtykke.

For pasienter gjelder pasientrettighetsloven kapittel 4 om samtykke til helsehjelp tilsvarende.

0 Endret ved forskrift 15 des 2006 nr. 1425 (i kraft 1 jan 2007).

#### **§ 6. Ansvar for å utarbeide individuell plan**

Kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan etter § 1 utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a. Har tjenestemottakeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket samarbeide med disse. Den del av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet.

Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker.

0 Endret ved forskrift 15 des 2006 nr. 1425 (i kraft 1 jan 2007).

#### **§ 7. Innholdet i individuell plan**

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- a. en oversikt over tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester,
- b. en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c. en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- d. en oversikt over hva tjenestemottakeren, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e. en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f. en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g. en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h. tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- i. en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

#### **§ 8. Gjennomføringen av den individuelle planen**

Den alminnelige ansvars- og funksjonsdelingen mellom de ulike tjenesteytere legges til grunn ved gjennomføringen av planen, dersom ikke annet avtales.

#### **§ 9. Taushetsplikt**

De alminnelige reglene om taushetsplikt, jf. forvaltningsloven § 13 til 13e, pasientrettighetsloven § 3-6, helsepersonelloven kapittel 5 og sosialtjenesteloven § 8-8, kommer til anvendelse.

#### **§ 10. Klage**

Ved klage på rett til individuell plan etter helselovgivningen kommer bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 7 til anvendelse. Ved klage på rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven § 4-3a, kommer sosialtjenesteloven § 8-6, § 8-7 og forvaltningslovens regler om klage til anvendelse.

#### **§ 11. Ikraftsetting**

Forskriften trer i kraft 1. januar 2005.

Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 8. juni 2001 nr. 676 om individuelle planer etter helselovgivningen.

#### ***Endringer i forskriften***

Forskriften ble endret i 2004, med ikrafttredelse 1. januar 2005. Denne endringen kom i forbindelse med rusreformen, der spesialisert tverrfaglig behandling for rusmisbruk ble en del av spesialisthelsetjenesten. Tjenestemottakere i sosialtjenesten som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har nå rett til å få utarbeidet en individuell plan. Utvidelsen av lov- og forskriftsbestemmelsene var et ledd i arbeidet med å harmonisere regelverket for helsetjenesten og sosialtjenesten, og å bedre samarbeid og koordinering mellom disse tjenestene. Forskriften ble også endret i 2006, med ikrafttredelse 1. januar 2007. Denne endringen kom i forbindelse med at reguleringen av individuell plan i psykisk helsevernloven ble gjort tilnærmet lik den øvrige helselovgivningen.

#### ***Virkeområde***

Siden 2005 er det ikke skjedd endringer i forskriftens hjemmelsgrunnlag. Det betyr at selv om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven 2006) har en bestemmelse om individuell plan (§ 15 Samarbeid med brukeren og individuell plan), har ikke forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven hjemmel i denne loven.



Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (lov om sosiale tjenester i NAV 2009) har to bestemmelser om individuell plan (§§ 28 og 33). Forskrift om individuell plan i helselovgivningen og sosialtjenesteloven har heller ikke hjemmel i denne loven. Lov om barneverntjenester fikk en bestemmelse om individuell plan gjeldende fra 1.01.2010 (se punkt 1.1). Heller ikke i forhold til denne bestemmelsen gjelder forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

### *Utenfor virkeområdet*

Hva betyr det i praksis at det er kommet nye bestemmelser om individuell plan på sosial- og barnevernområdet som ikke er knyttet til forskrift om individuell plan i helselovgivningen og sosialtjenesteloven? Foreløpig kan vi ikke stille formelle krav om at for eksempel forskriftens krav til innhold i en individuell plan skal følges på disse nye områdene. Vi kan likevel betrakte forskriftens bestemmelser som veiledende også på disse områdene. Sentrale myndigheter er i gang med endringer i forskriften og/eller nye forskrifter knyttet til de nye lovbestemmelsene.

### *Generelt om samarbeid mellom tjenestene*

Samarbeid mellom tjenestene på tvers av ulike sektorer, nivåer og regelverk er en forutsetning for et godt hjelpeapparat. En rekke enkeltbestemmelser i regelverket vektlegger ulike sider av samarbeidet mellom tjenestene.

To viktige fellesrundskriv fra departementene:

Rundskriv I-3/2004: Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan (Helsedepartementet, Sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet).

Rundskriv I-5/2008: Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning, kapittel 4.4

Individuell plan og ansvarsgrupper (Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet).

# **Til ledere i barne- og familietjenesten og helse – og velferdstjenesten i Trondheim kommune!**

Jeg har som masterstudent i funksjonshemming og samfunn ved Norges teknisk naturvitenskapelige universitet fått tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS til å foreta en intervjuundersøkelse. Undersøkelsen skal omhandle saksbehandlers erfaring og eller kompetanse om bruk av individuell plan for funksjonshemmede ungdommer med tiltak etter Lov om barneverntjenester i overgang til voksenliv. Det bør innehas erfaring/kompetanse i bruk av individuell plan for målgruppa i minst 3 saker. Bruk av individuell plan gjelder imidlertid alle barnvernets ungdommer for mest mulig informasjon om arbeidsmetoden individuell plan. Undersøkelsen gjelder praksis og rutiner, brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid; hvordan barne- og familietjenesten og helse – og velferdstjenesten samarbeider om bruk av individuell plan og planprosessen generelt for målgruppen. Sensitive personopplysninger skal ikke behandles og deltakelse i undersøkelsen er frivillig og samtykket kan når som helst trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt uten at man må oppgi grunn.

Håper vennligst at dere ledere delegerer ut informasjonsskriv fortløpende til saksbehandlere som er relevant for denne undersøkelsen.

Mvh.

Masterstudent

Aashild Storli

Kolstadflata 51 A,

7098 Saupstad

**Til saksbehandler i Trondheim kommune!**

## **Forespørsel om å delta i en intervjuundersøkelse**

**”Trondheim kommunes individuelle planordning for barnevernets funksjonshemmede ungdommer”**

Undersøkelsen er et studentprosjekt og skal omhandle bruk av individuelle planer for funksjonshemmede ungdommer med barneverntiltak i overgang til voksenlivet. Selv om målgruppa gjelder barnevernets funksjonshemmede ungdommer; vil bruk av individuelle planer for hele gruppen barnevernets ungdommer være gjeldende i denne sammenheng. Målet er å få tak i hvilke erfaringer og nytteverdier som hittil er ”høstet” om bruk av individuelle planer i barne- og familietjenesten og helse – og velferdstjenesten i Trondheim kommune og for framtidvisjoner for bruk individuell plan for målgruppa. I masteroppgaven (studentprosjektet) i funksjonshemming og samfunn ved Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) skal disse hovedområdene være besvart i ferdig skrevet oppgave:

- medvirkning for målgruppa
- tverrfaglig og tverretatlig samarbeid
- praksis og rutiner

Som saksbehandler for funksjonshemmet ungdom på barnevernstiltak vil du kunne inneha verdifull informasjon og erfaring om bruken av individuell plan. Vi ber her om samtykke til å intervju deg om individuell planordning, og intervjuet vil ta ca 1 – 1,5 time. Studenten foretar disse intervjuene.

Hovedveileder Borgunn Ytterhus og bi - veileder Åse Bratterud (seniorforsker) v/Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge får innsyn i opplysningene tilknyttet studentens prosjekt hvor alle er underlagt taushetsplikt. Prosjektet er meldt til Personvernet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Dersom du kan tenke deg å delta, kan du ta direkte kontakt med masterstudent for avtale om tidspunkt. Samtykkeerklæringen må være underskrevet før intervju kan gjennomføres. Hvis det er noe er uklart, ta kontakt med enten masterstudent eller hovedveileder for studentprosjektet.

Taushetsplikten hindrer ikke undersøkelsen fordi prosjektet omhandler gruppe av ungdommer. Informantene utleverer derfor ikke personopplysninger om ungdommen. Dette i henhold til personopplysningsloven/- helseregisterloven med forskrifter. Datamaterialet blir forsvarlig oppbevart i tråd med Personvernlov og Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsfag, jus og humaniora. Studentprosjektet avsluttes 31.12.2008, og lydopptak slettes etter endt prosjekt samt at direkte og indirekte personidentifiserbare opplysninger slettes

og/eller omskrives tilstrekkelig i prosjektoppgaven. Deltakelse i prosjektet er frivillig og samtykket kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt uten at man må oppgi grunn.

Med vennlig hilsen

Aashild Storli,

Kolstadflata 51 A,

7098 Saupstad

Tlf 92852505

E-post aas-[sto@online.no](mailto:aas-sto@online.no)

Borgunn Ytterhus

Førsteamnuensis, NTNU

Tlf. 73 591473

[borgunn.ytterhus@svt.ntnu.no](mailto:borgunn.ytterhus@svt.ntnu.no)

# Intervjuguide til saksbehandlere i BFT og HVT i Trondheim Kommune

## BAKGRUNN

### 1. Kan du fortelle litt om deg selv og din stilling?

*utdanning, stillingsbenevnelse og erfaring/kompetanse med IP for (funksjonshemmede) ungdommer med barneverntiltak og overgang til voksenliv?*

### 2. Hvor mange saker har du vært med i om IP for målgruppa?

*Utarbeidelse av IP? Oppfølging/viderefølgning? Kommet inn som del av et team? Avslutning i saker om IP?*

## HVEM ER BARNEVERNETS UNGDOMMER I OVERGANGSFASE TIL VOKSEN LIV OG KRITERIER FOR UTARBEIDELSE AV IP?

### 3. Hvilke (funksjonshemmede) ungdommer med barnevernstiltak i overgang til voksenliv har IP i bydelen/Trondheim kommune i dag?

*Hvordan vurderer dere hvilke ungdommer med tiltak e. LOB faller inn under kriteriet langvarige og koordinerte tjenester? Faglig skjønn? Lov og regelverk? Kriterier for funksjonshemming/habilitering?*

**4. Hvordan utarbeides IP for (funksjonshemmede) ungdommer som har eller har hatt tiltak etter Lov om Barneverntjenester i overgang til voksenliv?**

*Mal, standard, rutiner for planarbeidet for målgruppen? Hvordan brukes de? Hvorfor/Nytte? Prosedyrer/arbeidsmetoder?*

**5. Hvordan utvikles IP (via problemstillinger/kartlegging, oppfølging, planlegging, justering (avslutning)) i overgang til voksenliv for målgruppa?**

*Kartlegging/planleggingsverktøy? Individuelle tilpasninger? Fleksible løsninger? Hvordan utarbeides konkrete mål i planprosessen i overgang til voksenliv?*

**6. Hvordan koordineres tiltak/tjenester for målgruppa?**

*Kan ordningen IP skreddersy bistand i større grad en annen ordning? Forme mer treffsikre tilbud? Hva og hvorfor vil du si er viktig i prosessen/resultatet av en individuell planprosess?*

**7. Hvordan samordnes/styres lov - og regelverk på tvers av tjenester/tiltak?**

*Overordnede lov - og regelverk i IP?*

## **BRUKERMEDVIRKNING**

### **8. Hvordan fungerer brukermedvirkning i IP?**

*Ungdommen selv medvirker/bestemmer? Stedfortredere/verger medvirker? Hva/hva gjør dere og hvordan setter dere brukermedvirkning for målgruppa i sentrum? Hvordan sikrer dere/kommunen brukermedvirkning for ungdom over 18 år?*

### **9. Tror du det er lettere for ungdommene å se sin egen rolle og sitt bidrag i sammenheng med innsatsen fra de øvrige tjenesteyterne/tjenesteapparatet?**

*På hvilken måte/Hvordan? Hvorfor? Innflytelse over egen planprosess?*

### **10. Tror du målgruppa får styrket innflytelse over sin egen situasjon i hverdagen/overgang til voksenliv i IP/planprosessen?**

*Hvordan? Hvorfor? Hvorfor ikke?*

## **TVERRFAGLIG                      OG                      TVERRETATLIG SAMARBEID**

### **11. Hvordan opplever du samarbeid mellom BFT og HVT?**

*Når er det behov for tettere/bredere samarbeid for koordinering av tjenester eller på annen måte tettere samarbeid for utvikling/utarbeidelse av IP/planprosessen? Hvilke samarbeidsformer? Hvordan jobber man da? (Hvordan oppleves koordinering av tiltak/tjenester i samarbeid med det øvrige tjenesteapparatet)? Økonomi; hvem skal betale hva?*

## **12.Hvordan foregår samarbeid med det øvrige tjenesteapparatet?**

*Hvilke samarbeidsformer? Hvordan etableres et samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivåer? Hva fungerer bra/dårlig? Hvordan bygger dere opp et tilbud av tjenester/tiltak for målgruppa?*

## **13.Hvordan kan tverrfaglig samarbeid om IP bidra til at:**

**a) forberedelsesfaser/planlegging,**

**b) oppfølging,**

**c) ettervernfasen kvalitetssikrer kontinuitet i forhold til tjenester/tiltak (sammenheng og helhet) for målgruppas overgang til voksenliv?**

Hvilke nytteverdier har IP som arbeidsmetode for tverrfaglig samarbeid? Fremmer selve IP på noen måte tverrfaglig/tverretattlig samarbeid? I hvilken grad opplever du IP som verktøy for samarbeid? Hvordan ser du for deg IP som arbeidsmetode for fremtiden og for målgruppa?

## **14.Hvordan synes du at Trondheim kommune har utformet/utviklet prosedyrer for planprosessen IP, koordinerende enhet, koordinator/personlig kontaktrolle(r)?**



*(Jfr. opplæring, standarder, maler, (plan) dokumenter, osv., hvordan utvikle helhetlige og koordinerte tjenester).*

*Synes du at kommunens/bydelens prosedyrer for IP er sammenfallende med lovens retningslinjer for IP? I hvilken grad synes du at ledelsen i kommunen legger til rette for individuelt planarbeid? I henhold til ressurser, oppfølging/opplæring og verdiforankring?*

Noe annet du har lyst til å tilføye eller spørsmål du savner i forbindelse med spørreundersøkelsen?

Evt. tilleggsspørsmål:

Takk for samtalen!

**I tillegg gjelder spørsmålene tilknyttet IP fra OBVIT – prosjektet (vedlegg:8) som ble besvart av ledere i fra BFT – forvaltning og tiltak og HVT – forvaltning og tiltak:**

Hvilke ungdommer har IP?

Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet om ungdom med IP?

Er det etter din oppfatning lettere å samarbeide om ungdom med IP enn de som ikke har det?

Borgunn Ytterhus

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

NTNU

Dragvoll

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 28.04.2008 Vår ref :18863 / 2 / SM Deres dato: Deres ref:

***KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER***

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.3.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillter kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database,

<http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Aashild Storli, Kolstadflata 51 A, 7098 SAUPSTAD

## Prosjektvurdering - Kommentar

Det legges til grunn at utvalget informeres om alle sider av prosjektet. Det vises til informasjonsskriv vedlagt meldeskjema og forutsettes at følgende tilføyes:

- hva som skjer med datamaterialet ved prosjektslutt (at opptak slettes og datamaterialet anonymiseres)

Ombudet ber om at revidert informasjonsskriv ettersendes. Dersom skrivet alt er utdelt må utvalget få informasjonen skriftlig/muntlig ved intervju.

Det forutsettes at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling som finner sted og at informant ikke gir personopplysninger om ungdommen.

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår, opptak slettes og indirekte personidentifiserbare opplysninger tilstrekkelig omskrives/fjernes. Prosjektslutt er satt til 31.12.2008

### *Bekreftelse fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS om utsettelse av masteroppgaven*

Hei,

Vi viser til statusskjema mottatt 22. desember 2009 vedrørende utsettelse av prosjektslutt.

Vi har nå registrert ny dato for prosjektslutt som 31. mai 2010. Ombudet forutsetter at prosjektopplegget forøvrig er uendret.

--

Vennlig hilsen

Ragnhild Kise Haugland, fagkonsulent

Ragnhild.Haugland@nsd.uib.no

Personvernombudet for forskning  
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 83 34

Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17

Faks: (+47) 55 58 96 50

[www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

BYDELER	BFT - forvaltning	HVT - forvaltning
Bydel 1	2	
Bydel 2		2
Bydel 3	1	1

Informanter/ saksbehandlere	Erfaring m/målgruppa barnevernstiltak	Erfaring med målgruppa u/ barnevernstiltak	Utdanning/kompetanse/ videreutdanning	Arbeidsoppgaver i forvaltning
1		Ja	Førskolelærer, videreutdanning spesialpedagogikk	Lov om sosiale tjenester og familier med barn og funksjonshemming
2	Ja		Fysioterapeut, medisinsk rehabilitering	Saksbehandler, tjenesteyting til ungdom over18, IP, fagressursgruppa
3	Ja		Vernepleier, habilitering/rehabilitering m/spesialisering innenfor barn, veiledning	Fagansvar, veiledningsansvar, motivasjon/bruk av IP, fagressursgruppa
4		Ja	Vernepleier, pedagogisk veiledning	Kartlegging av funksjoner, ulike behov ifht. helsetjenester, hjemmeboende, rehabilitering/ korttidsopphold, hatt opphold på institusjon, ansvar og drift av ansvarsgrupper, fagressursgruppa
5	Ja		Helse – sosialkonsulent	og Forvaltning av vedtak (velferd + sysler) og helsetjenester etter Lov om sosiale tjenester, samarbeid i forvaltning
6		Ja	Arbeidet i forvaltning i snart 10 år	Fagkoordinator, saksbehandling, administrative oppgaver, fagutvikling, ulike temaer i forvaltning

## Hva er OBVIT- prosjektet?

### Teori- og metodeperspektiv

#### Bakgrunn for prosjektet

Trondheim kommune har unntak fra forvaltningsreformen i Barnevernet som trådte i kraft 01. januar 2004. Dette innebærer at Trondheim kommune i en forsøksperiode på 4 år har alt ansvaret for all drift av barnevernet, også den delen som tidligere lå til fylkeskommunen, men som nå er lagt til det statlige organet – Barne- ungdoms og familieetaten. Trondheim er en såkalt frikommune, og har påtatt seg et helhetlig ansvar for alle barnevernoppgaver i kommunen i forsøksperioden. Det innebærer også at kommunen har overtatt drifts- og eieransvar for aktuelle institusjoner i kommunen. Trondheim kommune ønsket å overta alt ansvaret for barnevernet som et ledd i kommunens storsatsing og omorganisering av tjenestene for barn, unge og familier.

Barne- og familietjenesten i Trondheim er fra januar 2004 etablert som en samlet tjeneste for barn og unge og deres familier. Tjenesten har ansvar for barneverntjenester, pedagogisk, psykologiske tjenester, kommunehelsetjenester og sosiale tjenester for barn og unge. Forvaltningskontoret for BFT skal være samlokalisert – bak en *felles dør* – sammen med forvaltningskontorene for voksne, Aetat og trygdeetaten, og utgjøre et *Offentlig servicekontor*. Det skal i løpet av 2005 stå klart et slikt kontor i hver av de fire bydelene, Østbyen, Midtbyen, Lerkendal og Heimdal. Hensikten med å organisere det på denne måten i Trondheim er at man i tillegg til et tett samarbeid mellom instansene vil ha et felles publikumsmottak, og gjøre saksbehandlingen mer effektiv og tidsbesparende for brukerne (Landaas 2003). Det skal være "en henvendelse" til barne- og familietjenestene. Metaforen "en dør" inn til barne- og familietjenesten blir brukt. Et viktig mål er at tjenestene for barn, unge og familier skal inngå i en sammenhengende kjede selv om de er organiserte i ulike enheter. Helhetstankegangen er framtreddende.

Barnevernet er på mange måter et komplisert innsatsområde som både omfatter systemnivå og individnivå. Et godt barnevern krever utvikling, samhandling og tilpasning mellom ulike aktører, tiltak og lovverket. Målsettingen med forsøket i Trondheim kommune er nettopp å få til bedre tjenester for barn, ungdom og deres familier. Reorganisering og tiltaksutvikling er viktige verktøy i denne prosessen. Endringen stiller også nye krav til de som jobber innenfor kommunen og til alle samarbeidspartnere rundt barn og unge.

Til tross for en betydelig styrking av barnevernet, viser nyere undersøkelser at mange av de utsatte barna får hjelp for sent (se bl.a. Tjelflaat, Hyrve og Solhaug 2003). Ettervern og oppfølging av blant annet institusjonsungdom synes i mange tilfeller å fungere dårlig, noe som blant annet vil kunne medføre store behov for hjelp fra "hjelpemiddelet for voksne" ved utskrivning fra institusjoner og fosterhjem. Undersøkelser viser også at hjelpetjenestene har liten oversikt over hvordan de egentlig bruker sine ressurser (Clifford, Marthinsen, Samuelsen 1996) og de har ikke oversikt over hvordan de prioriterer (Drugli og Marthinsen 1998).

## *Ungdom i overgang til voksenlivet*

OBVIT-prosjektet er en følgestudie av overgangen fra barnevern til voksenlivet for barnevernets ungdommer sett i lys av frikommuneforsøket i Trondheim. De fleste ungdommene forlater barnevernet før eller når de blir 18 år. Vi vet at dette er en kritisk periode for mange ungdommer i barnevernet. Vi vil studere hvordan Trondheim kommune innenfor forsøket håndterer denne overgangen både med hensyn til forberedelse og hvordan det bidras til at tjenester som er rettet mot barn og unge samhandler med tjenester rettet mot voksne. System/tiltaksdelen og individdelen av prosjektet blir sett i sammenheng. Vi ønsker å tolke disse data ut fra systemteoretiske perspektiv. Ungdommene vil gi informasjon knyttet til egne behov og den hjelpen de får, samtidig som mer objektive målinger bidrar til å gi et helhetlig bilde av denne ungdomsgruppen. Slikt sett vil den enkelte ungdommen kunne framstå som en "målestokk" for relevansen av tiltaksapparatet knyttet til hans/hennes individuelle problemfelt og behov.

Vi er spesielt interessert å se på ungdommens tilhørighet, nettverk, selvforståelse, opplevelse av mestring og kompetanse som grunnlag for medvirkning og medbestemmelse knyttet til utvikling av tiltak for den enkelte ungdom. I tillegg vil samlet sett data fra alle ungdommene gi nyttig informasjon om tiltakenes relevans på mer overordnet og generell basis i kommunen.

Lov om barnevernstjenester gjelder for barn og unge under 18 år. Dersom tiltak er iverksatt innen barnet/ungdommen fyller 18 år, kan tiltak etter loven likevel opprettholdes eller videreføres til vedkommende fyller 23 år dersom han eller hun selv samtykker til dette. Hvordan håndteres dette under den nye organiseringen i Trondheim kommune? Har kommunen tiltak som egner seg for denne ungdomsgruppen og fungerer samarbeidet mellom de ulike enhetene godt nok? Hvordan er egentlig overgangen fra å være ungdom med hjelp fra barnevernet til å bli voksen i Trondheim? Vi ønsker spesielt å få kunnskap om;

- ungdommenes syn på overgangen - om den hjelpen de får er i samsvar med de ønsker og behov de har, og om hvordan kommunens organisering av tiltak oppleves av disse brukerne
- ungdommenes livssituasjon før, under og etter overgangen
- kommunens mål og praksis i forhold til barnevernets ungdom og spesielt i forbindelse med overgangen fra barnevern til voksenlivet
- samspill mellom kommunens tiltak før, under og etter overgangen
- endringer som følge av frikommuneforsøket

## *Organisering av tjenester*

Vi kan kalle organisasjonsformen som barnevernet i Trondheim har valgt for "nettverkorganisering". Denne organiseringsformen er valgt for bedre å kunne møte mangfoldet i utfordringer som møter feltet. Det er mange fordeler med å organisere tilbudet på denne måten, men det er også vansker. Studier (Jacobsen og Thorsvik 2002) av nettverk som inngår i en tiltakskjede har avdekket fire sentrale suksesskriterier. Disse er:

- Virksomhetene må bli enige om hvem som gjør hva og hvordan. Innen organisasjonsspråket omtales dette som at de ulike aktørene må bli enige om hverandres doméne. Dette betyr at det må avklares hvilke arbeidsoppgaver hver aktør skal drive med, hvilke typer brukere/klienter man henvender seg til, og hvilke faglige/metodiske tilnæringer man benytter.
- Virksomhetene må være "ideologisk enige". Med det mener vi at det må være en stor grad av enighet i hva som er rammen/ oppgaven for kommunens hjelpeapparat, hva som skal være innholdet og hvordan man skal arbeide sammen for å nå målene.
- De ulike aktørene må vurdere samarbeidsinstanser på en positiv måte, de må med andre ord vurdere de andre som "nyttige" og ha tillit til disse.
- Arbeidskoordineringen mellom de ulike aktørene må være god. Det betyr at det må være sammenheng mellom tiltak som forskjellige aktører iverksetter overfor en ungdom.

Trondheim kommune har gått over til en bestiller-utfører modell hvor forvaltningsdelen bestiller tiltak/hjelp fra utførerenhetene. For å lykkes med dette må man vite hva den enkelte utførerenhet kan tilby og arbeidskoordineringen mellom de ulike enhetene må være god. Dette forutsetter tillit til samarbeidspartnere. Et annet suksesskriterium for tiltakskjeder er at det er ideologisk enighet mellom de ulike aktørene i hjelpeapparatet. Med det menes at det må være en felles ideologisk plattform i kommunen hvor man er enige om hva som skal være hjelpeapparatets oppgaver. Spørsmålet er om forsøket i Trondheim vil kunne bidra til kvalitative endringer i barnevernet som kan oppfylle noen av kriteriene nevnt ovenfor.

### *Problemstillinger og fokus*

Overgangsfasen mellom barnevernet og voksenlivet er hovedfokus for studien. Undersøkelser viser at dette er en kritisk fase for ungdommer i barnevernet (Tjelflaat, Hyrve og Solhaug 2003); (Storø 2001, 2005) en fase hvor hjelpeapparatet til dels kan svikte. Dokumentasjon om hvordan barnevernet i Trondheim håndterer denne overgangen vil være av spesiell interesse ut fra intensjonen om å utvikle et mer helhetlig hjelpeapparat for vanskeligstilte barn og unge i kommunen. Prosjektets overordnede problemstillinger er delt i fem:

1. Hvilke tiltak "disponerer" barnevernet, og er disse tilstrekkelige og relevante i forhold til ungdommenes behov?
2. Hvordan samhandler "tiltakene" seg i mellom og i forhold til den enkelte ungdommen/ungdomsgruppen?
3. Hvilke forbindelseslinjer og samhandling finner vi mellom barnevernets tiltak og "voksentiltak" i overgangsfasen?
4. Hvordan framtrer overgangen fra barnevernet til "voksenlivet" for barnevernets ungdommer?
5. Har frikommuneforsøket endret noe med hensyn til temaer som kontinuitet, relevans, helhet, fleksibilitet og differensiering knyttet til barnevernets tiltaksapparat?

Disse problemstillingene belyses gjennom ulike fokus og fra ulike perspektiv. Hovedtema for OBVIT- prosjektet er ungdommenes overgang til voksenlivet sett fra fem ulike ståsted



(perspektiv) – kommunen, ledere, saksbehandlere, ungdomsgruppen i alderen 17 til 19 år og den enkelte ungdom. Vi ser på overgangen med fokus på mål, praksis, vurdering og endring.

Mål - Hvordan skal eller bør overgangen være?

Mål sett fra ulike perspektiv: kommunen, ledere, saksbehandlere/ kontaktpersoner, ungdom som gruppe og den enkelte ungdom.

Praksis - Hva gjøres i forhold til overgangen?

Livssituasjon før, under og etter overgang til voksenlivet sett i forhold til hvilke tiltak som er tilgjengelige, hvordan og hvorfor tiltakene brukes, samspill mellom tiltak/enheter. Beskrivelse av prosessen.

Vurdering - Hvordan fungerer praksis? Hva bør endres?

Vurdering av og begrunnelse for bruk av tiltak i overgangen sett fra ulike perspektiv

Endring - Hvilke endringer skjer i forsøksperioden?

Endring i tiltaksapparat og ungdommenes livssituasjon ifht overgangen sett i lys av frikommuneforsøket

Prosjektets hovedmål er å svare på spørsmål som omhandler mål med overgangen, hva som gjøres i praksis, hvordan praksis fungerer, hva som bør forandres på og hvilke endringer som skjer i forsøksperioden. Disse spørsmålene skal besvares fra ulike aktørers ståsted. Vi har derfor formulert problemstillingene som spørsmål rettet mot kommunen, lederne og saksbehandlerne og mot ungdommene.

## ***Kommunen***

- Hva er kommunens politiske og faglige mål i forhold til overgang fra barnevernets ungdom til voksenlivet?
- Hvilke mål er rettet mot ungdom, foreldre, ansatte og organisasjon?
- Hva finnes av tilgjengelige tiltak i forhold til overgang fra barnevernets ungdom til voksenlivet?

## ***Lederne og saksbehandlerne***

*Faglige mål og praksis i forhold til overgang fra barnevernets ungdom til voksenlivet*

- Hva skjer med ungdom med hjelp etter Lov om barneverntjenester når de blir juridisk voksen - 18 år?

- Hvordan jobber BFT og HVT med denne problematikken med tanke på forberedelse, gjennomføring og oppfølging?
- Hvem er fokus for overgangen? Ungdom, foreldre, nærmiljø?
- Er den hjelpen de (ungdom, foreldre, nærmiljø) får i samsvar med de ønsker og behov de har?
- Hvordan er forholdet mellom mål og praksis – behov og tiltak?

### *Samspill mellom kommunens tiltak før, under og etter overgangen*

- Er virksomhetene enige i hva som er rammen/ oppgaven for kommunens hjelpeapparat, hva som er innholdet og hvordan man skal arbeide sammen for å nå målene?
- Vurderer de ulike aktørene samarbeidsinstanser på en positiv måte, vurderes de som "nyttige" og har de tillit til hverandre?
- Er arbeidskoordineringen mellom de ulike aktørene god? Er det sammenheng mellom tiltak som forskjellige aktører iverksetter overfor en ungdom?
- Hvilke arbeidsoppgaver jobber de ulike aktørene med og hvilke typer brukere/klienter henvender de seg til?
- Hvilke faglige/metodiske tilnærminger benytter man?

### *Endringer i mål og praksis knyttet til overgangen (som følge av frikommuneforsøket)*

- Hva gjøres (mål og praksis) ifht overgangen for ungdommer som får hjelp etter Lov om barneverntjenester? Nå og før forsøket? Endring?

- arbeid innad i kommunen (organisasjon)

- mot ungdommen

- mot foresatte/ familie/ ungdommens nærmiljø

## **Ungdommene**

### *Ungdommenes livssituasjon, tiltak og medvirkning før, under og etter overgangen*

- Hvordan er livssituasjonen for ungdommene når de er 17, 18 og 19 år?
- Hvilke tiltak har de? Er de fornøyd med tiltakene?
- På hvilke livsområder får ungdommene det bedre eller dårligere etter at de har fylt 18 og 19 år?
- Hvordan begrunner de eventuelle endringer selv?
- Hvilken innflytelse og medvirkning opplever ungdommene at de har i forhold til tiltak knyttet til egen situasjon før, under og etter overgangen?

### *Ungdommenes syn på overgangen*

- Er den hjelpen de får i samsvar med de ønsker og behov de har?
- Hvordan oppleves kommunens organisering av tiltak knyttet til overgangen for de ungdommene det gjelder?
- Fungerer kommunens organisering av tiltak knyttet til overgangen bedre for 17 åringer i starten av frikommune forsøket enn ved slutten av forsøksperioden?

### *Innsamling av data*

Data samles inn på tre ulike tidspunkt. Data samles inn fra alle aktørers ståsted ved hjelp av ulike metoder. Se skjematisk oversikt nedenfor.

<b>Ulike perspektiv (nivå)</b>	<b>T1 Datainnsamling Vår 2005</b>	<b>T2 Datainnsamling 2006</b>	<b>T3 Datainnsamling 2007</b>
<b>Kommune (system)</b>	Dokumenter		Dokumenter
<b>Leder (system, faglig)</b>	Intervju med 18 ledere		Intervju med 18 ledere
<b>Saksbehandler (faglig, praktisk)</b>	Spørreskjema til 60 saksbehandlere		Spørreskjema til saksbehandlere og intervju
<b>Ungdom (gruppe)</b>	Spørreskjema til 60 ungdommer født 1988		Spørreskjema til ny gruppe ungdom født 1990
<b>Ungdom (individ)</b>	Intervju med 16 ungdommer født 1988 (fast utvalg som følges i 3 år)	Intervju med 16 ungdommer født 1988	Intervju med 16 ungdommer født 1988

### *Informasjon fra ledere i Barne- og voksentjenesten*

18 ledere i Barne- og familietjenesten og Helse- og velferdstjenesten i Trondheim intervjues personlig. Dette er ledere for:

- Omsorgsenheten for barn og unge (1)
- Ressursenteret for barn og unge (1)
- BFT og HVT Forvaltning i hver bydel (4 + 4)

- BFT og HVT Tiltak/oppfølging i hver bydel (4 + 4)

### *Informasjon fra ungdom*

Prosjektet innhenter også data fra ungdommer og deres sosialarbeidere. Det er i alt 60 ungdommer født i 1988 (17 år i 2005) som ved prosjektstart hadde tiltak etter Lov om barnevernstjenester. Disse er i tabellen nedenfor fordelt etter tiltakstype og bydel.

<b>Bydel</b>	<b>Fosterhjem</b>	<b>Institusjon</b>	<b>Hjelpetiltak</b>	<b>Sum</b>
Lerkendal	4	2	13	<b>19</b>
Østbyen	3	1	6	<b>10</b>
Heimdal	8	3	7	<b>18</b>
Midtbyen	4	1	8	<b>13</b>
<b>Sum</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>34</b>	<b>60</b>

Alle ungdommer med hjelp fra Barne- og familietjenesten etter Lov om barnevernstjenester som er født i 1988 og deres saksbehandler fyller ut et skjema våren 2005 når de er 17 år. I tillegg vil alle ungdommer med hjelp fra Barne- og familietjenesten etter Lov om Barnevernstjenester som er født i 1990 og deres saksbehandler bedt om å fylle ut et tilsvarende skjema våren 2007. På den måten vil vi kunne sammenligne 17 åringer i 2005 og 17-åringer i 2007 med tanke på endringer som mulig følge av frikommuneforsøket.

Fra dette utvalget på 60 ungdommer totalt er det valgt ut 16 ungdommer til personlig intervju. Disse ungdommene vil bli intervjuet 3 ganger i alt, når de er 17, 18 og 19 år gamle.

### *Organisering og framdrift av prosjektet*

#### Organisering

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Trondheim kommune og Barnevernets Utviklingscenter i Midt-Norge (BUS). Prosjektet finansieres av Trondheim kommune og BUS Midt-Norge. BUS Midt-Norge leder prosjektet. Daglig ansvar for prosjektet er lagt til forsker Åse Bratterud. Hun samarbeider med Ragna Binde, Oddmar Iversen, Kristin Horneman og Inger Sofie Dahlø Husby som er ansatt ved Høgskolen i Sør-Trøndelag og med masterstudentene i sosialt arbeid; Lene Munkeby og Anita Skårstad fra Institutt for Sosial- og Helsevitenskap ved NTNU.

## Framdriftsplan

Prosjektperioden varer fra august 2004 til juni 2008.

	Høst 2004	Vår 2005	Høst 2005	Vår 2006	Høst 2006	Vår/Høst 2007	Vår 2008
Tilrettelegge , tilpasse, justere	*		*		*		
Utvikle måleverktøy - standardiserte skjema - intervjuguider	* *						
Samle inn data - standardiserte skjema - personlig intervju av ungdom - personlig intervju av ledere		* * *		* *	* *	* * *	
Bearbeide og systematisere data			*		*	*	*
Delanalyse			*		*	*	*
Delrapportering			*			*	
Sammenfattende analyse							*
Hovedrapportering/ infospredning							*

Det foregår også jevnlig samarbeidsaktivitet i form av forskergruppemøter, prosjekt-/arbeidsgruppemøter og referansegruppemøter.

### ***Kommunens struktur og organisering i BFT og HVT***

IP som fagfelt i fra kommunens øverste ledelse er en utnevnt gruppe i fra rådmannens fagstab. Det innebærer videre at gruppa har overordnet ansvar og oppfølging av arbeid med IP. Fagressursgruppa viderefører arbeidet for IP; i samhandling med IP- gruppa fra rådmannens fagstab, til tjenesteapparatet. SamPro- prosjektet i kommunen driver også opplæring ifht. IP i kommunen. Fagressursgruppa er en hovedkontaktgruppe (forvaltningsenheten på både barne – og voksen deltar) som ivaretar IP som tema i samarbeid med rådmannens fagstab.

Fire bydeler representerer offentlige servisekontor hvor NAV (ny arbeids og velferdsordning), helse og velferdstjenester samt barne - og familietjenester holder samlokalisert.

I følge kommunens nettsider; [www.trondheim.kommune.no](http://www.trondheim.kommune.no) beskriver sin egen organisering av barne- og familietjenesten og helse- og velferdstjenesten slik:

Offentlig servicekontor (OSK) består av [NAV](#) og Trondheim kommune [Barne- og familietjenesten](#) og [Helse- og velferdskontor](#).

Barne- og familietjenesten (BFT)

tilbyr følgende tjenester:

- **kommunehelsetjenester**
- **pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)**
- **sosiale tjenester**
- **barneverntjenester**

Barne- og familietjenesten er organisert i fire tiltaks- og forvaltningsenheter.

[Tiltaksenhetene](#) i bydelene yter direkte hjelp til barn, ungdom og foreldre, samt bistand til skoler og barnehager for å legge til rette for læring og utvikling. De gir foreldrerådgiving, familiestøtte og veiledning i hjemmet. Helsestasjonene, skolehelsetjenesten, jordmortjenesten, helsestasjon for ungdom og pedagogisk psykologiske tjenester (ppt) er en del av tiltaksenheten i bydelen.

[Forvaltningsenhetene](#) er en del av det offentlige servicekontoret i hver [bydel](#), og mottar, vurderer og behandler henvisninger/søknader om ulike kommunale hjelpe- og omsorgstjenester til barn og unge og deres familier.

Helse og velferdstjenesten (HVT) har ansvar for kommunens helse- og velferdstjenester i egne hjem og i private og kommunale institusjoner. Helse- og velferdstjenesten har også ansvar for å yte økonomisk sosialhjelp, for rådgivning, veiledning og oppfølgingsbistand til personer med ulike livsproblemer.

Helse- og velferdskontorene bidrar til at tjenestene er koordinerte. Vi tar i mot søknader om helse- og velferdstjenester, informerer, avklarer ressurser/bistandsbehov, og tar beslutninger om hvilke tjenester som eventuelt skal innvilges etter [lov om sosiale tjenester](#) og [kommunehelsetjenesteloven](#). For øvrig er også helse- og velferdstjenesten oppdelt i oppfølgingsenhetene og forvaltningsenhetene.

BFT og HVT er organisert ut i fra en to -nivå modell (bestiller – utfører) hvor forvaltningen er systemadministrasjonen som bestiller tjenester ifra tiltak og oppfølgingstjenestene. (Helland, 2002). Det vil si at i BFT er forvaltningen et nivå og BFT – tiltak et annet nivå (tiltak eller utførertjeneste). Det samme gjelder for HVT, men at utførertjenesten da heter oppfølging(stjenesten).

I Trondheim kommune er det forvaltningskontorene og helse- og velferdskontorene som har funksjonen som koordinerende enhet.

I følge en saksbehandler i en bydel i bykommunen er organiseringen av BFT oppdelt i en 3 deling som innebærer områder innenfor barnevern(1), helsetjenester og Lov om sosiale tjenester (LOST)(2) samt pedagogisk psykologisk tjeneste(3). Denne 3 delingen har vært en utfordring i forhold til hvem har ansvar for IP overfor målgruppa. Det innebærer konkret at ungdommer med barnvernstiltak kan få tiltak og vedtak avsluttet før 18 år eller at videreføringen av vedtaket ikke blir overført i til HVT fordi det ikke er føringer på hvem som formelt står ansvarlig for å opprettholde vedtak om IP. Organisering av kommunens velferdsgoder er ut ifra kommunens ressurser.

Den nye lovgivningen om IP i Lov om barneverntjenester(se vedlegg om IP i LOB) skal regulere målgruppas behov for IP i større grad. Det ansvarliggjør (både tjenesteytere og offentlige etater) at det er et felles ansvar for å sikre behov for langsiktige og samkjørte tjenester for målgruppa. Det har hittil vært slik at LOST (Lov om sosiale tjenester) lovfester behovet for retten til IP sier en informant.

Forvaltningen (i BFT og HVT) fungerer som systemkoordinatorer og har ansvar for å initiere og sette i gang det individuelle planarbeidet samt da å delegere ansvar til andre nivåer og

etater i systemet; både privat og offentlig. Forvaltning har også ansvar for hvem som skal inneha koordinatrollen og om den personen har fått nødvendig opplæring og erfaring i det å koordinere planarbeidet. Også her var det flere av informantene som påpekte hvor viktig det var med rolle og ansvarsavklaringer og for organisering av IP-prosessen. Forvaltning er som sagt ansvarlig for iverksettelse, koordinering og avgjør i tillegg vedtak i samarbeid med ulike instanser for rett til IP i kommunen og en person (koordinator) skal ha oversikt over hvem som trenger IP. Koordinator har som arbeidsoppgave å se sammenheng mellom tiltak samt koordinering av disse. Dette er bestemt av kommunen på ledelsesnivå; rådmannens fagstab og gjennomføres via retningslinjer. Dette er et prosessarbeid som er tidkrevende mener flere informanter. Noen instanser er flinke i kommune til å påminne om bruk av IP. (F. eks skoler).

BFT, NAV (arbeids og velferdsordning) og HVT har faste (samarbeids)møter i det som heter OSK-team (offentlige servise kontor – team). OSK-teamet er igjen oppdelt i 2 team hvorav Helse – og velferd og NAV er et team, og BFT er egen organisasjon. I møtene foregår saker til drøfting og (enkelt)saker blir tidligere framlagt som er utviklende for å belyse livssituasjoner målgruppa står ovenfor.

Det varierer hvordan IP utvikles på grunn av endringer som kan skje rundt ungdommen i overgangen. Det kan være alt ifra ingen (gruppe) møter til små eller store møter for planarbeidet. En informant sier det slik at når det ikke forgår møter gjelder dette innhenting av informasjon, dokumentasjon og kartlegging som ligger til grunn for utarbeidelse av IP. IP er en prosess mer enn et ferdig produkt. En annen informant sier det slik om variasjoner for utarbeidelse av IP ”varierer veldig... alt ifra en oversikt over telefonnummer til alle personer som er involvert, hvem som gjør hva; ansvar for hva til en ordentlig blekke med oppfølging av mål og tiltak”. Og sier videre ”for å få en oversikt over sitt liv og systemet”.

Tiltak og tjenester som skal samordnes handler om hvor mange aktører som deltar i prosessen og deltakelse på oppmøte av møtevirksomheter, og hvordan denne kontakten og samhandlingen skal foregå.

I overgangen for ungdommen kan HVT stå ansvarlig for tiltak og tjenester selv om ungdommen er 16 år. Begrunnelsen er at helse – og velferd har denne tjenesten tilgjengelig for ungdommen. Kartlegging og orientering forgår da i nært samarbeid mellom BFT og HVT i overføringsaker til HVT. Det bør påpekes at det er et skarpt skille i overgangen mellom barnevernsungdommer og funksjonshemmede ungdommer som automatisk overføres til voksentjenesten. Barnvernsungdommene kan få ettervern til de er 23 år gjennom BFT. Begrunnelsen for dette skarpe skillet er at barne – og familietjenesten har en oppdeling i ulike



fagfelt som barneverntjenester, helsetjenester, sosiale tjenester og pedagogisk-psykologiske tjenester. Samarbeidsmøter mellom BFT og HVT er på generelt grunnlag og ikke forhold til enkeltsaker.

I følge en representant ved rådmannens fagstab i Trondheim Kommune er det *de samme retningslinjene som skal gjelde for barnevernets funksjonshemmede ungdommer* som for andre (funksjonshemmede) ungdommer i tjenesteapparatet (for bruk av IP). I tillegg sier representanten at *vi har en felles rutine for overføring i saker hvor ungdommer som har mottatt tjenester fra BFT (barne- og familietj) skal ha tjenester fra HVK (helse- og velferdstj). Denne rutinen omfatter også IP. Samarbeidet skal starte ved 15 års alder og kriteriet er at ungdommen har behov for varige, koordinerte tjenester etter overføring. Når det gjelder spørsmålet om hvor mange av disse ungene/ungd. som har IP i dag, er svaret i utgangspunktet alle. Hvor mange har vi ikke oversikt over, men de ansvarlige lederne er pålagt å rapportere avvik når det oppstår. Så langt rapporterer de at alle har IP.*(18.1.2010).

## **RETNINGSLINJER FOR SAMARBEIDET MELLOM BARNE- OG FAMILIE-TJENESTEN (BFT) OG HELSE- OG VELFERDSTJENESTEN (HVT)**

### Formålet med retningslinjene

- Bidra til at forvaltningskontorene ivaretar og videreutvikler kommunens tjenester i et familieperspektiv
- Etablere rutiner for gode overganger og overføring av informasjon mellom BFT og HVT i enkeltsaker
- Sikre at barn og unge som har vedvarende og omfattende bistandsbehov og/eller har hatt tiltak etter barnevernloven får tiltrekkelig oppfølging etter fylte 18 år.

### Ansvarlige parter

Barne- og familietjenesten og Helse- og velferdstjenesten i Trondheim kommune

### Aktuelle lover og forskrifter

Forvaltningsloven

Lov om sosiale tjenester

Lov om helsetjenesten i kommunene

Lov om barneverntjenester

Opplæringsloven

samt politiske vedtak i Trondheim kommune.

Arkivsak 01/10657 Alvorlig syke småbarnsforeldre

Arkivsak 02702416 Rådmanns samarbeidsutvalg vedr ansvar for tjenestetilbudet til enkeltbruker – avklaring av uenighet om ansvar mellom enheter i Trondheim kommune.

Shdir Rundskriv IS-5/2006 Oppfølging av barn til psykisk syke og/ eller rusavhengige foreldre. Saks nr 06/502

## Retningslinjer

### 1) Om samarbeidet mellom barne – og voksentjenester

1. Det er viktig å sikre et fast møtepunkt mellom BFT og HVT i Offentlig Service Kontor.

Her skal man lage skriftlige rutiner for hvordan man på bydelen skal samarbeide. Det

skal også lages felles fagdager for BFT og HVT der man blant annet ser på de ulike rollene

som BFT og HVT har.

2. Det bør i tillegg være felles husmøter på faste ukentlige tidspunkt der mottaket på begge enheter er fast representert. Saker/ klientsaker i ”gråsonen” mellom ulike lovverk tas opp til drøfting i disse møtene, for en avklaring som fører til at familien får den type hjelp de har behov for.
3. Det blir viktig å ha familiens behov for bistand i fokus og avklare hvilken enhet som skal bidra med hva. Dersom det ikke oppstår enighet i.f.t. ansvar / oppgavefordeling trekkes lederne for beslutning. Intern uenighet mellom enheter kan meldes til det interne samarbeidsutvalget som er opprettet av Rådmann. Se arkivsak 02/ 02416
4. I løpende sammensatte saker der både BFT og HVT er involvert, bør det være en koordinator fra hver av disse etatene, slik at en greier å opprettholde barne- og voksenperspektiv i saken.
5. I saker som er sammensatte og der det er viktig å avklare roller og tjenestetilbudet fra de ulike enhetene skal man ha et formøte med samarbeidsinstanse slik at man innen

ansvarsgruppemøtet med bruker og pårørende har avklart hvilken rolle de ulike enhetene skal ha og hvilket tjenestetilbud som samlet skal gis.

## 2) Om overgangen for ungdommer med omfattende og vedvarende bistandsbehov

1. BFT v/ koordinator starter forberedelsene til ” voksenlivet ” i tett samarbeid med ungdommen og foresatte. Ungdommens målsettinger tas inn i Individuell plan ved 14/15 års alder- før overgang til videregående skole. Det innhentes samtykke til samarbeid med berørte parter som for eksempel skole, dagsenter, boligjeneste m. m. En søker å avklare ungdommens fremtidige evne til å gi informert samtykke / evt. behov for hjelpeverge.
2. BFT kartlegger hvilke tiltak / tjenester som vil være med å bidra til at barnet / ungdommen kan bo hjemme til etter videregående, hvis dette er mulig. Evt. NÅR foreldrene ser for seg en flytting.
3. BFT og HVT avklarer NÅR det er aktuelt å flytte og ungdommens deltakelse i prosessen.
4. (BFT / )HVT ar ansvar for at informasjon om hvilke alternativer som finnes (privat kjøp, leie privat, leie kommunal bolig ,m.m.) i samarbeid med boligkonsulent i HVT ved ca. 14 /15 år.
5. BFT sørger for at ungdommen / foreldre får informasjon og bistand til å få levert en skriftlig formell boligsøknad.
6. BFT kaller (om nødvendig) inn til et planleggingsmøte med alle som kjenner ungdommen for å innhente nødvendig informasjon når barnet er 14-15 år.

For ungdom som har omfattende og vedvarende tjenestebehov i hht kommunehelseloven skal det vurderes om det er mest hensiktsmessig å overføre oppfølgingsansvaret til HVT etter avsluttet grunnskole.

7. Koordinator i BFT sammen med saksbehandler i HVT kartlegger antatt bistandsbehov i hjemmet i samarbeid med foresatte. (evt. saksbehandler HVT i samarbeid med personale som kjenner ungdommen godt)
8. HVT melder behov for ressurser til Økonomitjenesten i HVT, og behov for type bolig til riktig instans.
9. BFT sørger for endring i IP og evaluering av mål jevnlig frem mot voksenlivet.
10. BFT skriver en ” Statusrapport” med funksjonsbeskrivelse 3 mnd før flytting (overføring til HVT)
11. BFT sørger for innkalling til overføringsmøte
12. HVT i samarbeid med bruker innkaller (om det er ønskelig) til evalueringsmøte senere for å sikre en god overgang.

3) Om overgangen for ungdommer som har vært under barneverntiltak og trenger videre oppfølging etter fylte 18 år

1. Alle henvendelser til både BFT og HVT går gjennom mottak på aktuell enhet. BFT har eget henvisningsskjema (ligger på Interna) for henvisning av nye saker. Dette skjemaet skal også HVT benytte der de ønsker samarbeid med BFT.
2. Mottaket vurderer saken inn mot egen enhet, evt. vurderer videre saksgang i fht. problemområdet og / eller formidler kontakt til andre enheter (i samarbeid med foresatte / bruker). Den som mottar saken har ansvaret for saken helt til den er på riktig plass / til riktig enhet i systemet.

3. BFT innhenter samtykke fra familien / ungdommen til overføring fra BFT til HVT, og påfølgende møter i denne forbindelse.
4. Saksbehandler i BFT retter skriftlig henvendelse til HVT(3-)minimum 6 mnd. før ungdommen fyller 18 år. Saken skal drøftes på et møte på bydelen slik at det er avklart hvordan BFT og HVT skal samhandle. Jfr 1.b.
5. Henvendelsen rettes til den bydelen der det er tenkt at ungdommen skal bo. Dersom det er uklart hvor ungdommen skal bo – skal BFT sende henvendelsen til den bydelen der ungdommen bor pr. dato. Henvendelsen skal inneholde en kort beskrivelse av aktuell situasjon, innholdet i kontakten med BFT og hva som er planlagt videre framover. Hva en forventer av HVT, evt. om det er forventninger om økonomisk sosialhjelp. Henvendelsen skal også inneholde forslag om tidspunkt for et ”arbeidsmøte” (litt fram i tid) mellom de aktuelle saksbehandlere. Mottak i HVT fordeler saken til saksbehandler som tar det videre arbeidet.
6. Arbeidsmøtet mellom saksbehandler i BFT og HVT må avholdes før selve overføringsmøtet. Her skal etatene avklare forventninger, arbeids- og ansvarsfordeling videre framover. Tidspunktet for overføringsmøte settes opp og en diskuterer hvem det er naturlig å kalle inn til dette møtet. Eks. ungdommen, foresatte, skole, arbeid og kompetanse, A-etat, trygd, lege...
7. BFT kaller inn til overføringsmøte når 18 års dagen nærmer seg, i henhold til avtaler fra arbeidsmøte.
8. Saksbehandler i BFT skal følge saken i inntil 6 mnd etter fylte 18 år, jfr barnevernets koordineringsansvar for barn som har vært under omsorg frem til myndighetsalder.

## Evaluering

Retningslinjene evalueres innen utgangen av 2006. Ansvarlig for evalueringen er utviklingsgruppa for samhandling Barn /Voksen v/ enhetsleder Dagny Nerbø, BFT og rådgiver Alf Rune Hasselø, rådmannens fagstab.

30.juni 2006

# Retningslinjer for informasjon om og utarbeidelse av individuell plan

## Innledning

Tjenestemottaker skal oppleve reell brukermedvirkning ved utarbeidelse, gjennomføring og evaluering av individuell plan.

Den som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med gjeldende bestemmelser. (se referanser)

Retningslinjene forutsetter at ansatte er kjent med lover, forskrifter og sentrale bestemmelser..

Planen skal bl.a. bidra til at:

- Tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.
- Ën tjenesteyter har hovedansvar for at det kartlegges ressurser og behov for tjenester, at det settes mål og at planen følges opp.
- Samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottaker/pårørende mv. styrkes.

## 1. Hensikt

Retningslinjene skal bidra til felles forståelse av bruken av individuell plan slik at det blir et nyttig redskap for å styrke samhandling mellom tjenestemottaker og de ulike tjenesteytere.

## 2. Omfang

Retningslinjene gjelder spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester.

Det anbefales også at andre kommunale tjenester inkluderes i ordningen (f.eks barnehage, PP-tjenesten og skole)

Dersom det er ønskelig kan man i samarbeid med andre etater/sektorer (for eksempel NAV, videregående skoler, arbeidsgiver etc.) benytte disse retningslinjene.

Til grunn for samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ligger Samarbeidsavtalen (se referanse) mellom kommunene og St. Olavs Hospital.

### **3. Begrepsavklaringer**

- Tjenestemottaker omfatter i denne retningslinjen pasient/bruker. Dersom tjenestemottaker er mindreårig /mangler samtykkekompetanse er det evt. pårørende eller hjelpe-/verge som representerer tjenestemottaker.
- Tjenesteyter omfatter i denne retningslinjen både den enkelte ansatte som utøver tjenesten, og kommunale tjenester, / spesialisthelsetjenester og NAV, samt andre som gir tjenester i følge planen.
- Koordinator er den tjenesteyter som har hovedansvar for samordning og utarbeiding av individuell plan for den enkelte tjenestemottaker.

### **4. Presisering:**

Individuell plan er en overordnet plan som skal bidra til å koordinere og inkludere alle typer tjenester. Dette gjelder fagspesifikke fagplaner som opplæringsplaner, tiltaksplaner, kriseplaner m.m.

### **5. Ansvar, informasjon og initiativ**

#### **5.1. Forberedelse til utarbeidelse av individuell plan (flytskjema)**

Alle ansatte som gir helse- og omsorgstjenester i det kommunale helse- og sosialtjenestetilbudet, spesialisthelsetjenesten og NAV som har kontakt med tjenestemottaker/pårørende, har i følge lovverket et selvstendig ansvar for å vurdere om tjenestemottaker kan ha behov for individuell plan.

Alle som gir helse- og omsorgstjenester har plikt til å ta initiativ og informere om retten til individuell plan, hva en slik plan er og hvordan en skal kunne gå fram for å kunne få utarbeidet en plan. Det anbefales at også andre tjenesteytere jfr. pkt 2, tar initiativ og gir informasjon om individuell plan.

Dersom tjenestemottaker har individuell plan fra før se pkt. 9.

Når informasjon er gitt og tjenestemottaker ønsker en individuell plan, avklarer tjenesteyter og mottaker forventninger til planen på første møte/samtale.



Det er anbefalt at de møtes først alene for en avklaring, før evt plan/ansvars/IPgruppe igangsettes. Dette for å få en best mulig individuell tilpasning til planprosessen.

I denne fasen er det viktig at man informerer om hva individuell plan er /ikke er, og om mulighetene som finnes. Man må ikke love tjenestemottakeren tjenester på vegne av andre etater/forvaltningsnivå

Tjenesteyter som har fått vite om at noen ønsker/har behov for individuell plan, skal dernest sørge for at en person gis hovedansvar for å føre prosessen videre i samråd med tjenestemottaker. Dette kan f eks gjøres ved at man tar kontakt med koordinerende enhet som de fleste steder har myndighet til å vurdere hvem som bør inn i bildet og tildele hovedansvaret for oppfølging.

Den enkelte leder har ansvar for å legge til rette for og følge opp arbeidet.

Dersom flere instanser skal inn i bildet, anbefales det at man tar kontakt med samarbeidspartnere før beslutning fattes. Dersom en av disse ønsker det, skal det avholdes drøftingsmøte. Partene forplikter seg til innen 2 uker å ha avtalt møte . Tjenestemottaker, evt. pårørende skal alltid ha mulighet til å delta på slike møter.

Tjenestemottaker kan klage til beslutningstaker hvis ikke individuell plan blir utarbeidet. Om denne klagen ikke fører fram er neste klageinstans Helsetilsynet og/eller Fylkesmannen.. Det kan også klages dersom en ikke får medvirke, eller om samarbeidet mellom tjenesteytere er mangelfullt.

Når det er avklart at det skal utarbeides en individuell plan må koordinator oppnevnes.

Den instans som beslutter at individuell plan skal utarbeides, har som hovedregel ansvaret for at det oppnevnes en slik koordinator.

Det skal dokumenteres i instansens fagsystem om det er tatt initiativ og gitt informasjon.

## **5.2 Utarbeiding av planen**

Koordinator er hovedansvarlig for samordning og utarbeiding av individuell plan.

Koordinator kan delegere skriving av de enkelte delene i planen til tjenestemottaker og andre tjenesteytere som deltar i planarbeidet. Det er viktig at tjenestemottaker bruker egne ord om seg selv.

Det anbefales at partene (spesialist-, primær helsetjenesten og tjenestemottaker) tidlig i samarbeidet avklarer ansvar, forventninger og deltakelse i planarbeidet.

Fagpersoner og annet personell fra hjemkommunen som ikke er ansatt i helse/sosialtjenesten, for eksempel skole/barnehage/PP-tjeneste, bør delta på lik linje med helsepersonell. Det skal aldri beskrives tjenester fra andre etater i planen før tjenestemottaker har samtykket i dette.

## **6. Ajourhold**

En individuell plan skal alltid inneholde hvordan den oppdateres, evalueres og hvem som har ansvar.

## **7. Avslutning av en plan**

Vurderer tjenestemottaker at det ikke lenger er behov for planen eller at involverte etater samlet ikke mener kriteriene for å ha en plan er tilstede, kan planen avsluttes. Beslutningen begrunnes og dokumenteres i planen, og koordinator dokumenterer i sitt system.

Klagegang er som beskrevet for igangsetting.

## **8. Dokumentasjon og oppbevaring av individuell plan.**

Individuell plan er tjenestemottakers plan og bestemmer selv hvordan han/hun vil oppbevare originalutgaven av planen. Tjenesteytere som offentlige instanser, må følge de regler som gjelder for dokumentasjon i, og oppbevaring/håndtering av planen.

## **9. Når en tjenestemottaker allerede har en individuell plan fra før.**

- En tjenestemottaker kan flytte til annen kommune eller ha behov for tjenester fra et annet helseforetak eller andre avdelinger, enn de som fra før er involvert i planen.

Når det blir kjent at tjenestemottakeren har en individuell plan, må han/hun gi samtykke til innsyn i planen. Tjenesteyter må på vurdere om innsyn er nødvendig..

Tjenesteyter må ta kontakt med planens koordinator for videre samarbeid.

- Ved planlagte endringer i bosted/ innleggelse i helseforetak eller lignende vurderer tjenestemottaker og koordinator om den nye instansen om informasjon om individuell plan skal gis.
- En tjenestemottaker som har, eller har hatt en individuell plan , følger prosessen i flytskjema når det gjelder oppdatering eller revisjon av planen.

## **10. Nettbasert elektronisk individuell plan**

Det er utviklet et nettbasert verktøy for individuell plan, under produktnavnet SamPro. Dette verktøy kan kun benyttes dersom pasientens hjemkommune har dette. Dersom dette er innfridd vil en kontaktperson i kommunen sørge for tilgang og rettighet til å benytte SamPro i planprosessen.

Dersom nettbasert individuell plan (SamPro) etableres fra spesialisthelsetjenesten, må dette avklares med tjenestemottakers kommune for å få tilgang. Det skal også i epikrise til fastlege stå at tjenestemottaker har fått opprettet en individuell plan.

Det oppfordres til å bruke nettbasert individuell plan der dette er mulig, I de tilfeller hvor planeier (dvs. tjenestemottaker) ikke ønsker å være aktiv via den nettbaserte planen, kan tjenestemottaker få utskrift.

I nettbasert individuelle plan (SamPro), legges det opp til at hver tjenesteyter og tjenestemottaker bidrar i skrivingen av planen (beskriver og evaluerer egne tiltak).

## **11. Papirbasert individuell plan**

Det anbefales at mal utarbeidet i samarbeid mellom kommunene i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital blir benyttet.

## **12. Registrering i fagsystem**

Når en tjenestemottaker som har individuell plan eller er i ferd med å få individuell plan, skal dette avmerkes lett synlig i de ulike fagsystem av den som blir kjent med dette.

Det skal dokumenteres om planen er nettbasert eller ikke.

Nettbasert individuell plan oppbevares i de enkelte instansers fagsystem.

## **13. Administrative rutiner**

Det anbefales at tjenesteyternes arbeidsgivere utarbeider egne rutiner for ansatte som er delaktige i tjenestemottakeres individuelle planer. Dette for å sikre kontinuitet i arbeidet fra tjenesteyter.

### **”Vedlegg”**

Flytskjema

*Ligger ikke vedlagt i dette forslaget:*

Mal (gammel mal – skal endres i form, og veilederen tilpasses innholdet i retningslinjene når de er vedtatt)

Referanser/Relaterte lenker

Samtykke-erklæring



