

Om retten til individuell plan og koordinator

Rolf Magnus Grung og Lars Tandberg Jørgensen
Høgskolen i Oslo og Akershus
Kontakt rolf-magnus.grung@hioa.no

Sammendrag:

Individuell plan (IP) og koordinator er lovpålagte tiltak som skal bidra til å sikre et individuelt tilrettelagt og helhetlig tjenestetilbud til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Både i helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven fremkommer IP som en sentral del av forsvarlighetskravet. Den senere tids levekårsundersøkelser har vist at mange personer med utviklingshemning ikke får IP og koordinator. Denne artikkelen gir kort en beskrivelse av IP og viktige oppgaver som omfattes av koordinatorrollen. Videre beskrives hva som menes med langvarige og koordinerte tjenester og klageregler knyttet til individuell plan. Artikkelen understreker også IP og koordinator som en del av forsvarlighetskravet i helselovgivningen.

Nøkkelord:

Individuell plan, koordinator, rettigheter, faglig forsvarlighet

Om retten til individuell plan og koordinator

Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har etter pasient- og brukerrettighetslovens og forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator rett til en individuell plan (IP) og koordinator. Tilsvarende har helsepersonell en plikt til å delta i arbeidet med IP. Denne plikten fremkommer også som en del av forsvarlighetskravet etter helsepersonellovens § 4. Et tilsvarende forsvarlighetskrav fremkommer av helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1 hvor kommunen plikter å gi den enkelte bruker og pasient et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Ivaretagelse av pasient- og brukerrettigheter er en sentral del av forsvarlighetskravet (Dahlen, 2013). Til tross for dette har det i den senere tid fremkommet at mange mennesker

med utviklingshemning som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester ikke har eller får IP selv om de fleste antagelig har rett til dette (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013; Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2013).

Hensikten med denne artikkelen er kort å redegjøre for hva IP og koordinator er. Artikkelen gir også en kort forklaring

Personer som har rett til IP og koordinator, men som ikke får det, vil kunne klage.

av hva som menes med «nøkkelbegrepene» *langvarige og koordinerte tjenester*. Den gir også en beskrivelse av koordinatorrollen. Personer som har rett til IP og koordinator, men som ikke får det, vil kunne klage. Klagereglene beskrives derfor kort.

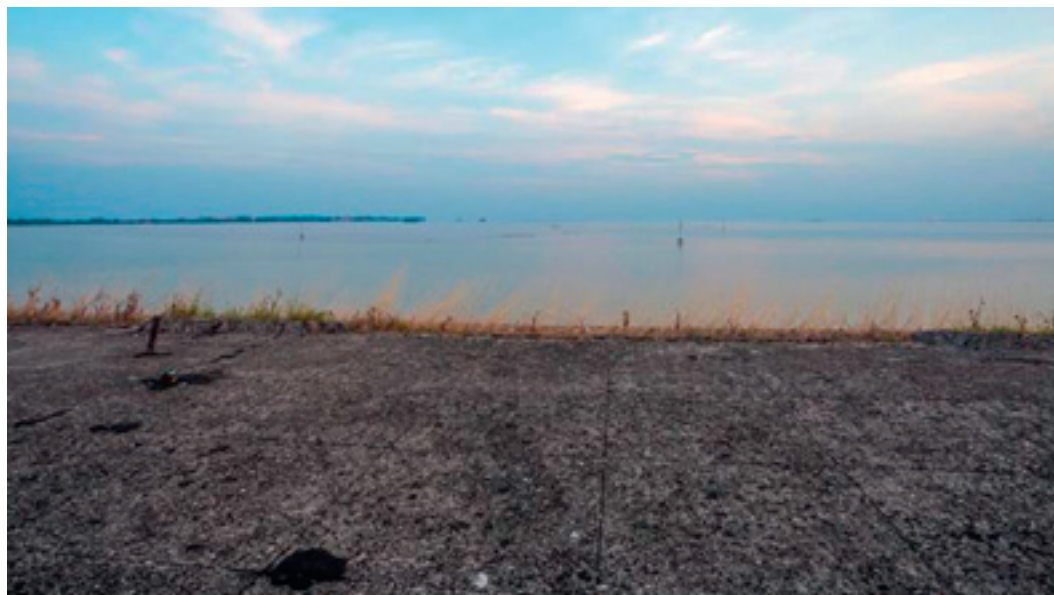


Foto: Kaja Owren.

Avslutningsvis drøftes og understrekes IP og koordinator som viktige deler av forsvarlighetskravet til helse- og omsorgstjenesten.

Denne artikkelen retter seg først og fremst mot tjenesteytere som arbeider i den kommunale omsorgen for mennesker med utviklingshemning. Årsaken til dette er de nevnte levekårsutredningenes funn om at mange utviklingshemmede med rett på IP og koordinator ikke får det. Disse funnene gjør at det er viktig å sette IP og koordinator høyt på dagsorden. Men artikkelen er også relevant for tjenesteytere som arbeider med andre pasient- brukergrupper i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Både arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), spesialisthelsetjenesten og barnevernstjenesten har plikt til å bidra til utarbeidelsen av IP når behovet er der, men dette holdes utenfor denne artikkelen.

Retten til IP og koordinator

Helse- og omsorgstjenesteloven har et forebyggingsperspektiv, mestringsperspektiv og et likestillingsperspektiv. Loven skal også «sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre» (§ 1-1). Den skal også sikre at de helse- og omsorgstjenestene som gis er av god kvalitet og at tjenestene

Helse- og omsorgstjenesteloven har et forebyggingsperspektiv, mestringsperspektiv og et likestillingsperspektiv.

ivaretar den enkeltes integritet og verdighet.

Ett av virkemidlene for å nå disse målene er IP og koordinator. Pasienter- og brukeres rett til IP fremkommer av pasient- og brukerrettighetslovens § 2-5 og kapittel 5 i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Den kommunale helse- og omsorgstjenestens plikt til å tilby IP og koordinator fremkommer av helse- og omsorgstjenestelovens §§ 7-1 og 7-2. Videre har helsepersonell en plikt etter helsepersonellovens § 38a å «*snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator*»

Retten til en koordinator er ikke betinget av at det er utarbeidet en IP (Kjønstad & Syse, 2012). Det vil si at kommunen er pliktig til å tilby koordinator selv om pasienten/brukeren har takket nei til en IP. Pasienter- og brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ingen plikt til å ta imot hverken IP eller koordinator.

Samhandlingsutfordringer

Flere tiår med samhandlingsutfordringer innen- og mellom helse- og omsorgs-

Fragmenterte tjenester kan være svært belastende for pasienten/brukeren selv.

tjenestene var ett viktig utgangspunkt for Samhandlingsreformen. Foruten det pasientrettede perspektivet står det samfunnsøkonomiske perspektivet sentralt i Samhandlingsreformen. Fragmenterte

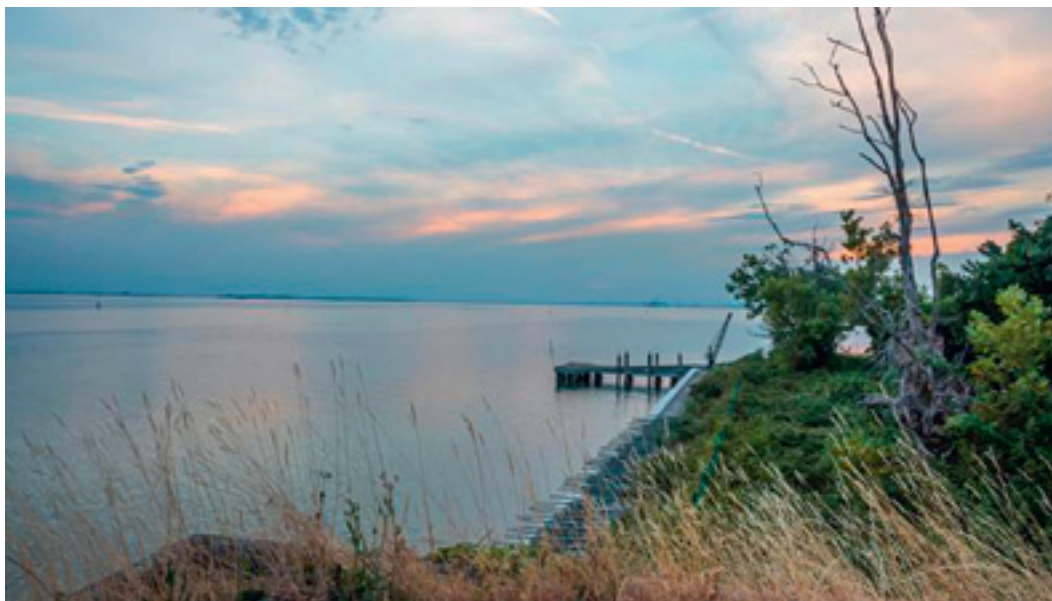


Foto: Kaja Owren.

tjenester kan være svært belastende for pasienten/brukeren selv. I tillegg har det blitt erkjent at den demografiske utviklingen (økt levealder) og endring i sykdomsbildet (øking av sykdommer som kreft og andre livsstilsrelaterte sykdommer) på sikt vil kunne true den samfunnets økonomiske bæreevne. «*Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; side 13).

Helse- og omsorgsdepartementets (2009) stortingsmelding om Samhandlingsreformen beskrev IP og koordinator som viktige virkemidler for å bedre denne samhandlingsutfordringen. Følgende utsagn er hentet fra reformens stortingsmelding: «*Individuell plan er et helt sentralt tiltak for å ivareta samhandling og pasient-*

og brukerforankring» (side 48) og «*Parallelt med retten til individuell plan, er også det lovfestede kravet om koordinerende enhet i kommuner og helseforetak, et verktøy for å få til god rehabilitering på systemnivå*» (side 63).

Den senere tids levekårsutredninger har vist at det er store utfordringer med samordning og samarbeid både internt i kommunene, men også mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner.

Den senere tids levekårsutredninger har vist at det er store utfordringer med samordning og samarbeid både internt i kommunene, men også mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Særlig opplever foreldre til barn med utviklingshemming et fragmentert og lite koordinert tjenestetilbud, noe som øker belastningen det er å ha et barn med utviklingshemming. Denne problematikken gjør seg særlig gjeldene ved at viktige overganger som de mellom barnehage og skole, mellom de ulike skolenivåene (fra barneskole til ungdomsskole og fra ungdomsskole til videregående skole), mellom skole og arbeid og ved utflytting fra foreldrehjemmet kan by på utfordringer man lett kunne ha unngått ved bedre planlegging og samarbeid. Blant annet har foreldre opplevd at skolen har vært helt uforberedt på at deres barn skulle begynne i første klasse til tross for at dette har vært kjent for kommunen i flere år (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013; Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2013).

Det er mange årsaker til manglende innfrielse av retten til IP og koordinator, men det er sannsynlig at noe av årsaken skyldes kommunens utfordringer med å informere brukerne om deres rettigheter (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2013). Det har også blitt hevdet at enkelte kommunale saksbehandlere bevisst eller ubevisst ikke innfrir brukernes rettigheter (Oppedal, 2012). Artikkelforfatternes kliniske erfaring er at enkelte kommuner bevisst ikke informerer om denne retten, selv når spesialisthelsetjenesten er involvert og manglende informasjon om denne retten har blitt kommentert.

At tjenestene skal være «gode nok» er et mantra som har gått igjen i en del sammenhenger. I dette ligger at tjenestene skal tilfredsstillende et minimumsnivå, men

Kanskje enkelte kommunale saksbehandlere har en forestilling om at IP og koordinator er kostnadsdrivende tiltak?

heller ikke mer. Det er lett å begynne å spekulere i om dette i kombinasjon med en presset kommuneøkonomi har bidratt til at tjenester som IP og koordinatorrollen nedprioriteres i noen kommuner. Kanskje enkelte kommunale saksbehandlere har en forestilling om at IP og koordinator er kostnadsdrivende tiltak? Dersom det er hold i denne hypotesen vil et naturlig motargument være at det sjeldent er dårlig økonomi å planlegge og koordinere tjenestene da dette erfaringsmessig bidrar til å forebygge problematferd og andre ikke planlagte og kostnadsdrivende hendelser (som for eksempel 2:1 bemanning grunnet et vedtak om tvang og makt etter bestemmelsene i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9).

Hva er en IP?

En IP er en overordnet plan. Den skal være forankret på ledelsesnivå for å sikre godt samarbeid mellom de ulike fagpersonene som er viktige for planarbeidet. En IP

En IP er en overordnet plan. Den skal være forankret på ledelsesnivå for å sikre godt samarbeid mellom de ulike fagpersonene som er viktige for planarbeidet.

må ikke forveksles med en individuell opplæringsplan (IOP). En IOP er en tilrettelagt læreplan for elever som med rett til spesialundervisning.

En IP består av ni hovedpunkter (Helsedirektoratet, 2013). Disse er som følger;

- (a) en oversikt over brukerens mål, ressurser og behov for tjenester,
- (b) hvem som deltar i arbeidet med planen,
- (c) hvem som er koordinator,
- (d) hva pasient/bruker, andre bidragsytere og pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- (e) aktuelle tiltak og omfanget av disse,
- (f) hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- (g) tidspunkt for evaluering og eventuelle justeringer av planen,
- (h) pasienten/brukerens samtykke til utarbeidelse av planen og deltagerens tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- (i) en oversikt over samarbeidende tjenesteytere, institusjoner og etater.

En IP skal være et verktøy for koordinering av de tjenestene som er nødvendige for å imøtekomme pasientens/brukerens behov. Disse behovene er høyst individuelle, men viktige områder er ofte utdanning og skole, jobb og dagtilbud, bolig, helse (inkludert seksualitet), hjelpemidler,

En IP skal være et verktøy for koordinering av de tjenestene som er nødvendige for å imøtekomme pasientens-/brukernes behov.

En IP er ikke et mål i seg selv, men en IP er en kontinuerlig prosess hvor brukerens/pasientens egne mål og verdier skal være det styrende.

økonomi, familie, fritid, sosialt og transport. For eksempel kan det være viktig for NAV å få informasjon om pasientens-/brukerens materielle situasjon. Det er ofte viktig for skolen å kjenne til hvilke ferdigheter pasienten/brukeren trenger for best mulig fungering i hverdagen. Videre er habilitering tverrfaglige prosesser hvor flere yrkesgrupper samarbeider for å bedre pasientens/brukerens funksjon i det daglige og for å øke dennes livskvalitet.

En IP er ikke et mål i seg selv, men en IP er en kontinuerlig prosess hvor brukerens/pasientens egne mål og verdier skal være det styrende. Det å bli lyttet til og å kunne påvirke egne tjenester er viktig for de fleste (Helsedirektoratet, 2010) og har stor betydning for hvordan vi opplever vår livskvalitet (Innstrand, 2009). For å tilby gode og individuelt tilrettelagte tjenester er det viktig at helse- og omsorgstjenesten kjenner til pasientens/brukerens behov, ønsker og interesser slik at man kan bistå med å nå disse målene.

Bestemmelsene om samtykke og taushetsplikt gjelder ved utarbeidelse av IP. Mangler tjenestebrukeren samtykkekompetanse har de nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten/brukeren, jmf § 17 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. En del personer med

Det er vanskelig å forestille seg situasjoner hvor de pårørende bør takke nei til en IP, men man skal ikke utelukke at disse finnes.

utviklingshemming vil mangle samtykkekompetanse, særlig de med alvorlig og dyp utviklingshemning. I disse tilfellene er det de pårørende som tar stilling til om det skal utarbeides en IP eller ikke. Det er vanskelig å forestille seg situasjoner hvor de pårørende bør takke nei til en IP, men man skal ikke utelukke at disse finnes. De aktuelle bestemmelsene om samtykke fremkommer i pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4.

Hva er en koordinator?

Det skal til enhver tid være en tjenesteyter som har hovedansvaret for å følge opp den enkelte pasient- og bruker. Hensikten er blant annet å sørge for at pasienten/brukeren ikke blir en «kasteball» i systemet. En koordinator skal sørge for at tjenestene fra de forskjellige instansene koordineres og holde løpende i kontakt med de som er involvert i oppfølgingen av pasienten/brukeren. Koordinatoren skal også sikre at informasjon til pasienten/

Den enkelte pasient/bruker skal ha innflytelse på valg av koordinator, men kommunen har rett til å velge en annen koordinator enn den tjenestebrukeren selv ønsker.

brukeren er god og tilpasset slik at denne kan forstå informasjonen samt å hjelpe vedkommende til å aktivt medvirke i egen prosess (Helsedirektoratet, 2010). På denne måten får koordinatoren en viktig rolle for å påse at pasientens/brukerens rettsikkerhet blir ivaretatt.

Den enkelte pasient/bruker skal ha innflytelse på valg av koordinator, men kommunen har rett til å velge en annen koordinator enn den tjenestebrukeren

Enkelte kommuner har egne saksbehandlingsenheter som kun har IP og koordinatorrollen som sin funksjon.

selv ønsker. I de tilfeller hvor pasienten/brukeren har en primærkontakt, som svært ofte er tilfellet hos personer med utviklingshemning, er det ofte denne som får rollen som koordinator. Enkelte kommuner har egne saksbehandlingsenheter som kun har IP og koordinatorrollen som sin funksjon.

Det stilles ingen formelle utdannings- eller kompetansekrav til koordinatoren, men tilstrekkelig med veiledning og opplæring skal gis. Koordinatoren bør ha en god oversikt over de enkelte instansene som er aktuelle for tjenestebrukeren, hvilken myndighet disse instansene har og hvilke regler disse instansene forholder seg til (Helsedirektoratet, 2010). I tillegg kan koordinatorrollen være nokså tidkrevende. Det er derfor viktig at arbeidsgivere tilrettelegger med tilstrekkelig med tid for at koordinatoren skal ha anledning til å utføre sine oppgaver.

Det overordnede ansvaret for IP og koordinator er tillagt koordinerende enhet i kommunen, jamfør helse- og omsorgstjenestelovens § 7-3. I tillegg til å ha det overordnede ansvaret for IP og koordinator er koordinerende enhet også ansvarlig for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene.

Langvarige behov for koordinerte tjenester

Det er to kriterier som må være tilstede for at en pasient/bruker skal ha rett til IP og koordinator. Disse er at det eksisterer et behov for *langvarige og koordinerte tjenester*. Med *koordinerte tjenester* menes at det ytes to eller flere tjenester som må sees i sammenheng med hverandre og at tjenestene involverer flere tjenesteytere (Dahlen, 2013).

Om kriteriet om *langvarige behov* for tjenester er tilstede eller ikke, er litt «meningsløst» å diskutere når det gjelder mennesker med utviklingshemning da

Ingen diagnose vil i seg selv utløse retten til IP og koordinator, men flere kroniske og uhelbredelige tilstander vil som regel møte kravet om langvarige behov

disse nesten alltid vil ha et livsvarig behov for tjenester. Det er ikke satt en tidsgrense hverken i lov eller forskrift, men generelt menes at behovet har en viss varighet (Syse & Kjøenstad, 2012). Ingen diagnose vil i seg selv utløse retten til IP og koordinator, men flere kroniske og uhelbredelige

tilstander vil som regel innfri vilkåret om *langvarige behov* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette inkluderer de fleste med administrativt definert psykisk utviklingshemning. Med administrativt definert psykisk utviklingshemning menes personer diagnostisert med psykisk utviklingshemning og som er brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Holden, 2009). Mange av disse har vedtak om avlastning eller

Når det gjelder utviklingshemmede vil det derfor som regel ikke være vanskelig å avgjøre om retten til IP og koordinator er tilstede eller ikke.

praktisk bistand og opplæring og støttekontakt. I tillegg har ofte flere andre instanser som NAV, skole- og opplærings tilbud og spesialisthelsetjenesten en rolle i oppfølgingen av pasienten/brukeren. Når det gjelder utviklingshemmede vil det derfor som regel ikke være vanskelig å avgjøre om retten til IP og koordinator er tilstede eller ikke.

Klageregler ved manglende IP og koordinator

Saksbehandlingsreglene i forvaltningslovens kapittel 4 (saksforberedelser) og kapittel 5 (om vedtaket) gjelder ikke retten til IP. Klagereglene fremkommer av pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 7. Da gjelder klagebestemmelsene i forvaltningslovens kapittel 6 (om klage og omgjøring) så langt de passer.

Det enkelte forvaltningsorganet har

en generell *plikt* til å opplyse om *retten* til å klage. Dette gjelder også på IP og koordinator eller mangel på en på dette. Klageinstansen er Fylkesmannen, men klagen sendes til kommunen. Klagen skal være skriftlig og sendes til den som har truffet avgjørelsen. Kommunen kan da omgjøre beslutningen om å ikke innfri retten til IP. Dersom kommunen ikke omgjør avgjørelsen sendes klagen med kommentarer videre til Fylkesmannen (Kjønstad & Syse, 2012). Klagefristen er satt til fire uker (pasient- og brukerrettighetslovens § 7-5). Kommunens veiledningsplikt innebærer også at dersom den får kjennskap til at pasienten/brukeren ønsker å klage på IP eller manglende IP, er kommunen pliktig til å gi nødvendig

bistand og veiledning slik at klagen kan fremsettes til riktig forvaltningsorgan på en korrekt måte.

IP som en del av forsvarlighetskravet

Forsvarlighetskravet i helsepersonellovens § 4 dreier seg om plikten til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Helsepersonelloven gjelder personer med autorisasjon, men loven gjelder også

Forsvarlighetskravet i helsepersonellovens § 4 dreier seg om plikten til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.



tlf: 66 76 18 60
e-post: bpa@aleric.no
www.aleric.no/bpa



personell uten autorisasjon når de arbeider der det uføres helsehjelp. I disse tilfellene regnes også yrkesgrupper som barneverns- pedagoger, sosionomer og assistenter som helsepersonell når disse for eksempel jobber med pasienter/brukere med vedtak om tjenester etter helse- og omsorgs- tjenestelovens, jmfør § 2. Helsepersonel- lets kvalifikasjoner, arbeidets krav og situasjonen for øvrig ligger også til grunn for en vurdering av hvorvidt en praksis er forsvarlig eller ei (Helsedirektoratet, 2012).

Hva som faktisk regnes som faglig forsvarlig praksis finner man utenfor selve lovteksten.

Hva som *faktisk* regnes som faglig forsvarlig praksis finner man utenfor selve lovteksten. Loven danner rammene, men selve begrepet faglig forsvarlighet utvikler seg i takt med fagets utvikling, inkludert forskning og utviklingen av normer. Faglig forsvarlighet dreier seg om at helsepersonell opptrer i samsvar med denne utviklingen. Forskjellen på et lovbestemt krav og en norm i dette tilfellet er at lovbestemte krav fremgår av loven med forskrifter, mens et normdokument er typisk et dokument som beskriver etiske retningslinjer for yrkesutførelsen til bestemte yrkesgrupper. Et eksempel på et slikt dokument er «Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere» som er utgitt av Fellesorganisasjonen (2002).

Det å ikke innfri en lovpålagt rettighet er et brudd med kravet til faglig forsvarlig-

Det å ikke innfri en lovpålagt rettighet er et brudd med kravet til faglig forsvarlighet.

het. Det bør i denne sammenheng også påpekes at brukermedvirkning er nedfelt som et viktig prinsipp i Fellesorganisasjonens (2002) yrkesetiske grunnlagsdokumentet. IP og koordinator henger tett sammen med brukermedvirkning. Blant annet heter det i det yrkesfaglige grunnlagsdokumentet at gjennom «*brukermedvirkning skal barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere bidra til å styrke den enkeltes mulighet for mestrings og kontroll over eget liv*» og yrkesutøveren «*skal bidra til at ulike deler av hjelpeapparatet samarbeider om å gi brukeren/klienten et helhetlig hjelpetilbud*» (Fellesorganisasjonen, 2002; side 4).

Vernepleiere er en viktig yrkesgruppe i omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming (Fellesorganisasjonen, 2014). I en brosjyre om vernepleierkompetansen utgitt av Fellesorganisasjonen (2013) står det at vernepleiere spiller «*en viktig rolle; både i å sikre høy og nødvendig kompetanse, koordinering av tjenestene - og i koordinatorrollen. Kompetanse på å bistå personer til å*

det «er enkeltindividets behov for tilrettelegging, i enhver situasjon, som er bestemmende for virkeområdet uavhengig av diagnose.

optimalisere sin selvstendighet og deltakelse er vernepleierens fokus. Samhandling mellom tjenesteyterne, de ulike profesjonene og personen selv er viktig i dette arbeidet». Videre står det i den samme brosjyren at det «er enkeltindividets behov for tilrettelegging, i enhver situasjon, som er bestemmende for virkeområdet uavhengig av diagnose. Selvbestemmelse, inkludering og deltakelse er viktig i vernepleierfaglig

Det er naivt å tro at IP og koordinator i seg selv innebærer at tjenestene er faglig forsvarlige, men som virkemiddel vil de kunne fungere som indikatorer på forsvarlighet.

yrkesutøvelse». Disse utsagnene er viktige rettesnorer for hva som regnes som faglig forsvarlig praksis hos vernepleiere.

Det er naivt å tro at IP og koordinator i seg selv innebærer at tjenestene er faglig forsvarlige, men som virkemiddel vil de kunne fungere som indikatorer på forsvarlighet. Det er viktig å understreke at kravet til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester ikke settes til side dersom pasienten/brukeren eller dennes pårørende takker nei til IP og koordinator.

Avsluttende kommentarer

IP og koordinator er en integrert del i de fleste helse- og sosialfaglige utdanningene i Norge i en del etter- og videreutdanninger. Kompetansen om IP og koordinatorrollen er derfor godt representert i helse- og omsorgstjenesten. Det å sette bruk av IP og koordinator høyt på dagsorden i den

enkelte kommune samt det å tilrettelegge med tilstrekkelig med tid til dette arbeidet vil antagelig være viktige virkemidler. I tillegg vil dette kunne ha positive økonomiske konsekvenser for kommuneøkonomien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I forbindelse med Stortingsmeldingen Frihet og likeverd (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013) har Stortingets Arbeids- og sosialkomite nedsatt et offentlig utvalg som skal finne effektive tiltak for å forbedre levekårene for mennesker med psykisk utviklingshemning. I innstillingen heter det blant annet «Gjennom samhandlingsreformen er det lagt til rette for mer helhetlige tjenestetilbud. Kommuner og helseforetak må innenfor de rammene som er gitt, sørge for å etablere gode rutiner for samarbeid, slik at pasienter og familier opplever at de ulike tjenestene henger godt sammen med hverandre. Det vil bli arbeidet videre med sikte på å etablere gode rammebetingelser for samarbeidet» (Arbeids- og sosialkomiteen, 2014).

Dersom leser av denne artikkelen ønsker å lære seg mer om bruk av IP kan det nevnes at Helse Midt-Norge har i samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling utviklet et nettbasert opplæringsprogram. Opplæringsprogrammet, som er gratis, er tilgjengelig via Helsekompetanse.no. Målgruppen for opplæringsprogrammet er både pasienter og brukere, ansatte i de ulike tjenestene og de som bare ønsker mer informasjon om IP. ●●●

Referanser

- Arbeids- og sosialkomiteen (2014). *Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemning* (Innst. 127 S (2013–2014)). Hentet den 11. mars 2014 fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2013-2014/inns-201314-127/1/#a3.2.7.1>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). *Frihet og Likeverd. Om mennesker med utviklingshemning* (Meld. St. 45 (2012-2013) (2013)). Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2013). *Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemning* (Rapport 1-2013). Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Dahlen, W. N. (2013). *Om vernepleieren som helsepersonell og rettsanvender. De juridiske rammene for yrkesutøvelsen*. Oslo: Fellesorganisasjonen.
- Fellesorganisasjonen (2002). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*. Oslo: Fellesorganisasjonen.
- Fellesorganisasjonen (2013). Vernepleiere og vernepleiefaglig kompetanse. Hentet den 10. mars 2014 fra <https://www.fo.no/tekster-og-brosjyrer/vernepleiere-og-vernepleiefaglig-kompetanse-article8716-1095.html>
- Fellesorganisasjonen (2014). *Vernepleieren*. Hentet den 11. mars 2014 fra <https://www.fo.no/vernepleiere/category147.html>
- Helsedirektoratet (2010). *Individuell plan 2010. Veileder til forskrift om individuell plan* (Veileder IS-1253). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012). *Helsepersonelloven med kommentarer* (Rundskriv IS-8/2012). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *St. meld. nr. 47 (2008-2008. Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Holden, B. (2009). *Utfordrende atferd og utviklingshemning. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Innstrand, A. G. (2009). Livskvalitet. I J. Eknes og J. A. Løkke (Red), *Utviklingshemning og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen* (s. 31-44). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjønstad, A., & Syse, A. (2012). *Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Oppedal, M. (2012). Saksbehandling i første instans. I A. Kjønstad & A. Syse (Red). *Velferdsrett II. Barnevern- og sosialrett* (s. 61-102). Oslo: Gyldendal Juridisk.