

TFE 2014-4

Individuell plan i helse- og omsorgstjenesten – behov for endringer og ansvarliggjøring?

[side 267]

Førsteamanuensis dr. juris Alice Kjellevold

Pasient eller bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har et rettskrav på å få utarbeidet individuell plan. Helseforetak og kommuner har en tilsvarende plikt til slik utarbeidelse. Artikkelen vurderer den rettslige reguleringen av individuell plan på bakgrunn av de målsettinger som er formulert. Forfatteren påpeker at det er gitt et detaljert regelverk som møter sentrale velferdspolitiske mål som individuelt planlagte tjenester, samarbeid og brukermedvirkning, men at det ikke er gitt tilstrekkelige rettslige garantier som møter hovedmålsettingen med verktøyet: et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det argumenteres for at det må sikres en tettere kopling mellom individuell plan og vedtak om tildelinger, men også at forvaltningen i større grad må ansvarliggjøres slik at gjeldende forpliktelser følges opp. ¹

[side 268]

1. Innledning

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 7-1 er den enkelte kommune pålagt å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Tilsvarende plikt er lagt på helseforetak i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-5, og på institusjon under lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-1. Det er tale om et lovfestet krav til den faglige utredning og forvaltningsmessige beslutningsprosess i omsorg og behandling når en pasient eller bruker har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og ønsker en slik plan.

Den individuelle planen skal bidra til å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.² Utarbeidelse og bruk av individuell plan skal også være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottakere og tjenesteapparat og mellom de ulike tjenesteytere, og planarbeidet skal sikre pasientenes/brukernes og eventuelle pårørendes deltakelse i planlegging og utforming av tjenestetilbud.³

Med denne rettslige reguleringen har lovgiver pålagt helse- og omsorgstjenesten å tilby dette verktøyet til disse pasientene og brukerne. Av lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-5 fremgår det i tillegg at den enkelte pasient og bruker har *rettskrav* på å få utarbeidet en slik individuell plan når lovens vilkår er oppfylt.

Også i lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven), i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) og i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven) er det gitt bestemmelser om rett og plikt til individuell plan. Bestemmelsene er ganske likt oppbygget som bestemmelsene i helse- og omsorgslovgivningen. I denne artikkelen avgrenses det mot arbeids- og velferdsforvaltningslovgivningen og barnevernlovgivningen. Jeg vil likevel presisere at det bare skal utarbeides én individuell plan for en pasient eller bruker. Det betyr at helse- og omsorgstjenesten må samarbeide med arbeids- og velferdsforvaltningen [side 269] og eventuelt barneverntjenesten hvis vedkommende pasient eller bruker også har behov for tjenester og tiltak fra disse områdene.

Kravene til innholdet av en slik plan er angitt i forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.⁴

Hovedformålet med individuell plan er å sikre *et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud*.⁵ Et hovedproblem er at den rettslige reguleringen av individuell plan ikke gir pasient eller bruker et rettskrav på tildelinger i tråd med det planen beskriver. Det er heller ingen rettslige mekanismer som skal sikre et samsvar mellom den individuelle planen og de avgjørelser og vedtak om tildelinger som treffes. Retten til helse- og omsorgstjenester følger utelukkende av reguleringen i pasient- og brukerrettighetsloven (§§ 2-1a og 2-1b). Oppfyllelsen av denne rettigheten, hvilke enkelttjenester som skal gis, foretas konkret av de som er ansvarlig for å gi de ulike tjenestene, med den individuelle planen som et rent underlagsdokument uten bindende kraft.

Retten til individuell plan er altså en rett til en spesiell type samordnet faglig utredning som forplikter forvaltningen i utarbeidelsesfasen, men ikke ut over denne. Det kan bety at en godt begrunnet plan som møter pasientens eller

brukerens klare behov for et individuelt tilpasset, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, ikke følges opp, med det resultat at det tildeles enkelttjenester som ikke ses i sammenheng eller møter det totale behovet pasienten eller brukeren har over tid. Hovedformålet med reguleringen, et samordnet, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, kan dermed undergraves på grunn av fraværet av rettslige forpliktelser for de som treffer beslutninger om tildeling av tjenester. Det er grunn til å stille spørsmål om det er behov for en rettslig videreutvikling av retten til individuell plan, slik at plan og vedtak om tildeling koples sammen.

Som jeg også skal komme tilbake til, er det mange som har rettskrav på individuell plan som ikke får utarbeidet en slik. For meg ser det ut til at det ikke reageres tilstrekkelig fra overordnet organ på dette. På denne måten åpnes det for å sette til side viktige målsettinger som individuell plan er ment å skulle bidra til. Det kan derfor være grunn til å presisere aktuelle virkemidler dersom en pasient eller bruker over tid ikke får tilgang til retten til individuell plan, og påpeke sanksjonsmuligheter som kan tas i bruk.

[side 270]

Individuell plan er et faglig verktøy som skal bidra til et bedre faglig samarbeid og bedret tjenestetilbud overfor dem med langvarige og sammensatte behov. Ved å ta i bruk rettslige virkemidler har lovgiver villet styre den faglige virksomheten og sikre enkeltpersoner tilgang til denne formen for planlegging. Dette kan ses i sammenheng med den rettsliggjøring av sektoren som har skjedd i løpet av de siste 20–30 årene.⁶ Samtidig er dette et område som er vanskelig å lovregulere, gjerne først og fremst fordi lovgiver da beveger seg innenfor det område som helsepersonellet vil definere som sitt faglige arbeid, hvor faglig skjønn skal ha sitt spillerom. Men i tillegg fordi lovgiver beveger seg på et område hvor hensynet til kommunalt selvstyre, herunder kommunal handlefrihet og organisasjonsfrihet, skal ha særlig vekt, og hvor også økonomisk belastning på grunn av krav til kompetanse og administrativ kapasitet gjerne anføres som argument mot regelstyring. På den annen side kan hensynet til nasjonale velferdspolitiske idealer som samhandling og likeverdige tjenester tale for rettslig regulering.⁷

Under punkt 3 vil jeg vurdere den rettslige reguleringen av individuell plan på bakgrunn av de målsettinger som er formulert ved vedtakelsen av de aktuelle bestemmelsene, og diskutere en rettslig videreutvikling for å sikre helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassete tjenester.

Under punkt 4 vil jeg gjøre rede for aktuelle virkemidler for å ansvarliggjøre forvaltningen, med særlig vekt på gjeldende klage- og tilsynsordninger, og diskutere reaksjonsmuligheter for å tydeliggjøre forvaltningens ansvar for at målsettingene med individuell plan nås.

Som bakgrunn for vurderingene vil jeg under punkt 2 søke å gi et bilde av den politiske ambisjonen om individuell plan og reformens implementering i praksis, slik dette kommer til uttrykk i sentrale offentlige dokumenter og rapporter.

For å illustrere de enkelte rettslige problemstillingene trekker jeg inn et utvalg saker, avgjort av fylkesmannen som klageinstans, hvor manglende oppfyllelse av retten til individuell plan er påklagd.⁸ Videre trekker jeg inn noen saker avgjort av Statens helsetilsyn som tilsynsmyndighet for å illustrere helsetilsynets reaksjoner ved manglende oppfyllelse av [side 271] retten til individuell plan.⁹

Under punkt 5 gis noen oppsummerende konklusjoner.

2. Individuell plan i offentlige dokumenter og rapporter

2.1 Utviklingen av verktøyet og begrunnelsene bak

Bruk av individuelle planer, under navn som pasientplaner, omsorgsplaner og omsorgsavtaler, ble før lovreguleringen i helselovene diskutert og anbefalt tatt i bruk i flere offentlige dokumenter.¹⁰ Stortingets sosialkomité hadde ved flere anledninger fremholdt bruk av individuell plan som et egnet verktøy for at den enkelte pasient skulle få *klarhet* i hvilke ytelser hun eller han kunne forvente å få og til hvilken tid, og som verktøy for *avklaring av ansvarsforhold og bedret samordning av hjelpetiltak og tjenester*.¹¹

I lovproposisjonene til helselovene av 1999 ble bruken av individuell plan ført videre fra en anbefalt bruk til en *plikt* til å utarbeide slike planer.¹² Under behandlingen i Stortingets sosialkomité gikk komiteen et skritt videre og foreslo en *rett* til individuell plan. Forslaget ble vedtatt, jf. pasientrettighetsloven § 2-5 (nå pasient- og brukerrettighetsloven). Stortingets sosialkomité mente at individuell plan kunne gi *klarhet* i hva slags behandling pasienten kunne forvente, og *avklare* ansvarsforholdene.¹³

Ved helse- og omsorgstjenesteloven, ble plikten for kommunene til å utarbeide individuell plan tatt inn i denne, og retten til individuell plan ble videreført i pasient- og brukerrettighetsloven. I tillegg ble plikten til å utarbeide individuell plan videreført i spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven, med noen endringer. Retten og plikten til å utarbeide individuell plan skulle nå omfatte både pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. I proposisjonen viser departementet til at individuell plan er innført [side 272] som et virkemiddel for å bidra til et *helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset* tjenestetilbud til pasienter og brukere. Det vises videre til at planen vil være et *viktig premissved tildeling av tjenester* og vil *kunne utløse nødvendig hjelp*. Dessuten viser departementet til at individuell plan kan være *viktig ved gjennomføring av hjelpen*, og skape *større forutsigbarhet* for pasienten eller brukeren. Ordningen representerer, slik departementet ser det, *et betydelig potensiale for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere*.¹⁴

Ved Stortingets behandling av proposisjonen til helse- og omsorgstjenesteloven uttalte stortingskomiteen (helse- og omsorgskomiteen): «Komiteen mener det er positivt at det går tydelig frem av loven at kommunene har plikt til å utarbeide individuell plan for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, under forutsetning av at tjenestemottaker samtykker.»¹⁵ Lovgiver er således tydelig på kommunenes *plikt*.

2.2 Individuell plan i offentlige dokumenter

Bernt-utvalget la frem sin utredning om harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivningen i oktober 2004 (NOU 2004: 18). Både i selve utredningen og i utkastet til lov fikk individuell plan en sentral plass. Utvalget holdt frem individuelle planer som et viktig virkemiddel for å fremme *samhandling* mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og tjenesteytere mellom, samt at bruk av individuelle planer kunne *hindre fragmenterte tjenester og kortsiktig tekning*. Samtidig var utvalget opptatt av at plikten til å ta i bruk planleggingsverktøyet ikke ble så omfattende at det krevde *for stor ressursinnsats* fra kommunene, og heller ikke så omfattende at bruken ble *ren rutine*.¹⁶ Utvalget foreslo en rettslig videreføring og videreutvikling av retten til individuell plan.¹⁷ Utvalgets forslag er stort sett fulgt opp i senere lovarbeid, med unntak av ett vesentlig forslag: at *ved utarbeidelse av individuell plan skulle det treffes et samlet vedtak om tildeling av tjenester*.¹⁸

Wisløff-utvalget la frem sin innstilling om samhandling innen helsetjenesten i februar 2005 (NOU 2005: 3). Også dette utvalget så på individuell plan som et viktig verktøy i *samhandlingen* rundt pasienter som trenger langvarige og koordinerte [side 273] tjenester, og viste særlig til at dette er pasienter som er avhengig av et *individuell tilpasset tilbud*.¹⁹ På bakgrunn av innhentet informasjon om mangelfull etterlevelse av retten til individuell plan, foreslo utvalget flere endringer som senere er fulgt opp.²⁰

I Samhandlingsreformen (2008–2009) ble individuell plan holdt frem som et helt sentralt tiltak for å ivareta *god samhandling* og *brukermedvirkning*. Det heter også at utviklings- og forbedringsarbeidet med tiltaket vil fortsette. Blant annet ble det foreslått å etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som *kontakt punkt* i tjenestene, noe som senere er fulgt opp.²¹

Omtalen i disse offentlige dokumentene viser tydelig at det er et klart ønske å holde fokus på bruk av individuell plan. Det synes å være en klar enighet om at individuell plan er et viktig og verdifullt verktøy for å nå sentrale velferdspolitiske målsettinger som samordning, brukermedvirkning og individuelt tilpassete tjenestetilbud.

I tillegg er det grunn til å være oppmerksom på at det også har vært fremholdt at plikten til å utarbeide individuelle planer binder opp administrative ressurser i kommunene og kan være faglig krevende. Fra forrige regjering ble det tydelig uttalt, i tilknytning til omtale av individuell plan, at stram regelstyring stiller store krav til kapasiteten og kompetansen i kommunen, samt evne til rask omstilling i organisasjonen.²² Departementet ville på denne bakgrunn ikke legge frem nye lovforslag om individuelle planer før det var gjennomført en evaluering av bruken.²³ I gjeldende veileder om statlig styring av kommuner og fylkeskommuner stilles det spørsmål om det er nødvendig å ta i bruk et så pass krevende virkemiddel som individuell plan for å sikre nødvendig samordning.²⁴

2.3 Rapporter om individuell plan

Forskning og annen omtale har påpekt at til tross for enighet om individuell plan som et viktig og hensiktsmessig verktøy er det ennå en vei å gå før systematisk bruk av individuell plan er gjennomført i praksis. Det anføres flere årsaker til dette, [side 274] som uklare ansvarsforhold, manglende prioritering fra ledelsens side og organisatoriske forhold i kommunene, men også at bruk av verktøyet er ressurskrevende og at mange kommuner mangler erfaring og heller ikke har tilstrekkelig oversikt over pasienter eller brukere med behov for individuell plan.

I Riksrevisjonens undersøkelse fra 2007, som omhandler tilbud til barn og unge med psykiske problemer, heter det at individuelle planer er «omtrent fraværende» for denne gruppen.²⁵ Det ble konkludert med at svært få av disse pasientene fikk utarbeidet individuell plan, og det ble gitt uttrykk for at behandlere på de ulike nivåene var *uklare på hvor ansvaret for utarbeidelse lå*.²⁶

Statens helsetilsyn oppsummerte, etter tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser, at det fremdeles var et langt stykke igjen før individuell plan som rettighet var innfridd og virket etter intensjonene. Ikke alle som hadde rett til individuell plan hadde fått tilbud om det, eksisterende planer var mangelfulle, ikke oppdaterte eller ikke fulgt opp, og i flere kommuner ble det påvist at *ledelsen ikke i tilstrekkelig grad la til rette for og styrte arbeidet*.²⁷

I Norges forskningsråds evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse fra 2009 fremkom det at bruken av individuell plan hadde økt i opptrappingsperioden, og at individuell plan var i ferd med å finne sin plass i behandlingstilbudet. Men det het også at dette verktøyet fortsatt bare nådde ut til deler av målgruppen. Det ble imidlertid understreket at det er bred faglig enighet om at individuell plan er et *hensiktsmessig verktøy* for pasienter med alvorlige lidelser og med langvarige og sammensatte behov.²⁸

Rokkansenteret evaluerte individuell plan som styringsredskap i kommunene i 2013, og herunder gjennomgikk forskerne tilsynsrapporter og gjennomførte en oppsummering av relevant forskning.²⁹

Av undersøkelsen går det frem at individuell plan mange steder og for mange pasienter ikke var tatt i bruk som det samarbeids- og planleggingsverktøyet det [side 275] er ment å skulle være. *Organisatoriske forhold* på kommunenivå er én av flere forklaringer på den lave utbredelsen av individuell plan. Det vises også til at kommunene mener individuell plan bidrar sterkt til samordning og tilpasning, men at individuell plan er et *ressurskrevende verktøy*. Videre vises det til at det er vanskelig å involvere alle tjenestene, at ganske mange kommuner stadig har *liten erfaring* med bruk av individuell plan, og at mange kommuner heller *ikke har oversikt over behovet* for individuelle planer. Dette stemmer også med en kvalitativ undersøkelse av rehabiliteringstjenester i kommuner i Nord-Norge, hvor det blant annet konkluderes med at lovpålagte tjenester som koordinerende enhet, individuell plan og koordinator i liten grad blir benyttet.³⁰

Undersøkelsen oppsummer videre at sentrale aktører innenfor kommunene har *god kjennskap* til verktøyet individuell plan, og oppfatter den rettslige reguleringen av individuell plan som *forpliktende* for de kommunale tjenestene. Bare de færreste i undersøkelsen mener at individuell plan reduserer handlefriheten. Likevel mener halvparten av de rådmenn som har svart

på undersøkelsen at individuell plan har eller vil påvirke handlingsrommet når det gjelder organisering av tjenester. Hovedkonklusjonen synes å være at individuell plan først og fremst fungerer som *koordinerende styringsverktøy for tjenesteyterne* og da ikke som et planleggingsverktøy for samarbeid med pasienter og brukere.³¹

2.4 Forståelsen av individuell plan i praksis

Ovenfor er nevnt flere årsaker til den mangelfulle gjennomføringen av individuell plan i praksis. En ytterligere grunn kan være at forståelsen for bruken av individuell plan er sprikende blant tjenesteyterne, slik at individuell plan blir brukt for å oppfylle flere ulike mål og krav på samme tid. Holum (2013) finner i sin doktoravhandling en manglende felles forståelse for bruken av individuell plan.³² Selv om flertallet av hennes informanter mente individuell plan var et hensiktsmessig verktøy, formidlet mange informanter en negativ eller likegyldig holdning til bruken av dette verktøyet. Det heter:

[side 276]

«Den overordnede intensjonen med IP var det enighet om på tvers av alle aktørgruppene, både hos tjenesteytere og tjenestemottakere, men når det gjaldt hvordan IP ble opplevd i praksis, var det til dels store forskjeller. For pasienter, pårørende og koordinatorene var IP for enkelte et godt terapeutisk verktøy, for andre ga det en god oversikt over tjenesteytere og tiltak, for noen innebar det «bare plunder», mens andre ikke kunne formidle om det hadde noen betydning verken i den ene eller andre retningen. Majoriteten av informantene mente at når IP ble brukt hensiktsmessig og det var mulig for bruker å nå sine oppsatte mål, kunne IP resultere i økt livskvalitet for bruker. Omtrent en fjerdedel av koordinatorene og ledene så på IP som noe de måtte gjøre, som et dokumentasjonskrav de ikke hadde tid til eller så nytten med. Omtrent halvparten opplevde enten IP som en støtte når det gjaldt å planlegge å gjennomføre tiltak rundt brukerne, mens de resterende var nøytrale eller avventende. Enkelte av tjenesteyterne og brukerorganisasjonene problematiserte at IP også ble brukt som et kvalitetssikringsdokument for enkelte typer lidelser, og at helsetilsynet og kontrollkommisjonene kun var opptatt av å telle planene uten å se på kvaliteten ved dem. Med andre ord: IP ble brukt for å oppfylle flere ulike mål og krav på samme tid, noe som ble problematisert av mange av tjenesteyterne.»³³

Kravet til faglig arbeid under utarbeidelse og ved bruk av individuell plan er behandlet av Humerfelt (2012) i hennes doktoravhandling.³⁴ Humerfelt fant at hovedproblemet oppsto når de ulike tjenestene skulle koordineres. De forskjellige aktørene manglet en felles forståelse av individuell plan, og hadde også en manglende felles forståelse av hva brukerens medvirkning skulle være i praksis. Det bidro til at selv om brukeren hadde fått utarbeidet en individuell plan, var det ikke noe som sikret at brukeren fikk forutsigbare tjenester eller at tjenestene i det hele tatt ble iverksatt. Det vises til en manglende felles forståelse for hvilken betydning den individuelle planen skal ha i oppfølging av den enkelte bruker, og en mangelfull oppmerksomhet mot brukerens medvirkning og mot den utarbeidete individuelle planen.

I disse to sentrale samfunnsvitenskapelige avhandlingene om individuell plan vises det altså til at involverte tjenesteytere har forskjellige målsettinger med bruken av individuell plan, og ulik forståelse for hvilken betydning individuell plan skal ha i oppfølgingen av tjenestemottakeren.

[side 277]

2.5 En kort oppsummering av forholdet mellom den politiske ambisjonen og den praktiske gjennomføringen

Individuell plan er ment å ivareta sentrale helsepolitiske målsettinger som samarbeid og brukermedvirkning, koordinering, avklaring av ansvarsforhold og trygghet og forutberegnelighet. Fremstillingen ovenfor viser imidlertid at det er et gap mellom politiske ambisjoner knyttet til bruk av individuell plan og gjennomføringen av denne reformen i praksis. 15 år etter at individuell plan ble rettslig regulert som et verktøy og en metode som personell, kommuner og statlige helseinstitusjoner skal ta i bruk, ser det ut til at situasjonen fremdeles er slik at mange som har krav på slik plan ikke får det, at de sentrale målsettingene med individuell plan ikke er tydelige nok for tjenestene, og at planen ikke følges opp med tildeling av planlagte tjenester. Dette til tross for at verktøyet og forpliktelsen er kjent og at individuell plan stadig omtales som et godt og viktig verktøy både på politisk og faglig nivå. Det betyr at målsettingene med individuell plan bør klargjøres, men også at det bør rettes større oppmerksomhet mot de forpliktelsene som følger av den rettslige reguleringen, og mot behovet for ytterligere rettslige avklaringer og endringer.

3. I hvilken grad møter den rettslige reguleringen de sentrale målsettingene med individuell plan – behov for rettslig videreutvikling?

3.1 Å sikre den som har et behov for langvarige og koordinerte tjenester en samordnet plan

Utgangspunktet for reguleringen av retten og plikten til utarbeidelse av individuelle planer var en erkjennelse av at mange personer med omfattende behov for hjelpetjenester ikke fikk tilfredsstillende hjelp. Hjelpetilbudene ble for ensidige, for oppstykket og fragmenterte, de kom for sent i gang eller ble avsluttet for tidlig. Tjenestemottakerne og deres pårørende opplevde å bli satt på sidelinjen uten klarhet i hvilke hjelpetilbud de kunne forvente å få og til hvilken tid, og uten å få drøftet hvilken innsats personen selv, pårørende og andre frivillige hadde mulighet til å bidra med.³⁵ Hovedbegrunnelsen bak den rettslige reguleringen var således det klare behovet for et samordnet, individuelt tilpasset og planmessig tilbud for personer som har et sammensatt og langvarig behov for helse- og omsorgstjenester.

[side 278]

Det er ingen tvil om at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 gir pasienter og brukere et *rettskrav* på individuell plan når vilkåret – behov for langvarige og koordinerte tjenester – er oppfylt. Det er her et spørsmål om personen er i en slik situasjon at vedkommende har et langvarig og sammensatt behov, og at det er sentralt å koordinere tjenestene. Den konkrete vurderingen skal tas ut fra om det er behov for tjenester og tiltak som i omfang, med tanke på tidsrom og kompleksitet, tilsier en slik plan for å se disse i sammenheng og få koordinert tjenestene.³⁶

Hvor den nedre grensen går for når rettigheten utløses, må vurderes konkret. Det underliggende hensynet for å få tilgang til verktøyet er først og fremst koordineringsbehovet. Stortingets helse- og omsorgskomiteé formulerer seg slik: «Komiteen understreker at tidsbegrepet ikke må få for stor betydning, da samordningsbehov og kompleksitet i tjenestebehovet må ses i sammenheng med tidsbegrepet.»³⁷ Det er ikke grunnlag for å stille krav om at hjelpebehovet må vare i for eksempel minst ett år eller at det må være behov for tjenester fra minst to instanser.³⁸ Kompleksiteten og behovet for samordning kan illustreres med en klagesak:

«Fylkesmannen anser at du har rett til individuell plan. Du har bl a. behov for koordinering av hjelp fra NAV/hjelpemiddelsentral og kommunen. Innenfor kommunen mottar du hjelp fra psykisk helsearbeider, fysioterapeut, hjemmesykepleie og støttekontakt/hjemmehjelp. Den rollen primærkontakten har, må avklares slik at det kommer klart frem hvem som har koordineringsansvaret for de tjenestene du mottar.»³⁹

Det er sentralt å presisere at det er *behovet* for tiltak og tjenester som er avgjørende, og ikke tjenester og tiltak som pasienten eller brukeren eventuelt har fått tildelt. Fylkesmannen i Vest-Agder formulerer seg slik:

«Fylkesmannen vil fremholde at når kommunen skal ta stilling til ønsket om individuell plan, er vurderingstemaet om tjenestemottakeren faktisk har behov for langvarige og koordinerte tjenester.»⁴⁰

[side 279]

I en annen klagesak skriver fylkesmannen at tjenestemottakeren

«vil ha behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, og har dermed rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven».

Etter fylkesmannens vurdering måtte både fastlege, kommunen, skolen og spesialisthelsetjenesten samarbeide med tjenestemottakeren og klager om hvordan man skulle hjelpe pasienten/brukeren.⁴¹

I vurderingen av behovet for koordinering er det klart at også tjenester utenfor helse- og omsorgstjenesten som pasienten/brukeren har behov for, må trekkes inn. Poenget er at individuell plan er et verktøy som skal brukes når pasienten/brukeren har et sammensatt behov av en viss varighet og kompleksitet. Fylkesmannen i Hordaland påpeker dette:

«Vi konstaterer at Forvaltningsenhet sone vest ikke gir helse- og omsorgstjenester til klager, men vi kan ikke se at Bergen kommune har utredet godt nok om klager har langvarige behov for hjelpetjenester fra andre deler av kommunens hjelpeapparat, eller fra andre deler av helsetjenesten enn kommunal helse- og omsorgstjeneste.»⁴²

Selv om behovet for koordinering er det sentrale underliggende hensynet, er det ikke grunnlag for å avslå utarbeidelse av individuell plan med den begrunnelsen at tjenestene koordineres på annen måte. Dersom det er et behov for langvarige og koordinerte tjenester, så har pasienten/brukeren et rettskrav på individuell plan. Fylkesmannen i Buskerud formulerer seg slik:

«Det at kommunen har iverksatt andre tiltak for å koordinere tjenestene fører ikke til at hun mister retten til å få utarbeidet individuell plan, men slike tiltak vil i mange tilfelle fungere godt nok til at pasientene eller brukerne ikke ser behovet for å be om utarbeidelse av individuell plan.»⁴³

Helseforetak og kommune har *plikt* til å utarbeide individuell plan for disse pasientene og brukerne som har rettskrav på individuell plan og behov for helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1. Når både kommunen og spesialisthelsetjenesten er involvert, er det kommunen som har ansvaret for å sørge for at individuell plan blir utarbeidet og at planarbeidet koordineres. Spesialisthelsetjenesten [side 280] har et medvirkningsansvar. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

Selve beslutningen om å sette i gang arbeidet med en individuell plan kan treffes helt formøst på samme måte som hovedgruppen av avgjørelser om tildeling av helse- og omsorgstjenester. En beslutning om *ikke* å utarbeide individuell plan krever imidlertid at pasient eller bruker får et formelt svar med tilfredsstillende begrunnelse, herunder informasjon om klageretten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. Det følger av vanlige prinsipper for god forvaltningsskikk, men også av at den som ikke får tilgang til individuell plan har klagerett. Klager skal ha tilgang til forvaltningens begrunnelse for å vurdere om det er grunnlag for å klage, og for å kunne nevne forhold det klages over og gi opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av klagen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-3.

Den rettslige reguleringen av retten og plikten til å utarbeide individuell plan for personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester møter målsettingen om en *samordnet plan* for tjenestetilbudet for den som har et sammensatt og langvarig behov. Vilkåret om at retten gjelder pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester gir en fornuftig avgrensning slik at kommunene ikke er pålagt å utarbeide unødvendig mange individuelle planer. Men det er et behov for en konkretisering av hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter. Hjemmel for å gi slike bestemmelser følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1. Denne adgangen til å gi forskrifter som presiserer vilkårene bør tas i bruk. Det bør komme klart frem at det er koordineringsbehovet som er det underliggende hensynet.

3.2 Målet om brukermedvirkning

Hensynet til *selvbestemmelse* og *medvirkning* står sentralt bak reguleringen av retten til individuell plan. Kravet om brukermedvirkning skal bidra til at pasienten/brukeren og eventuelt pårørende blir involvert i utarbeidelsen av planen.

En forutsetning for å ta i bruk verktøyet er at pasienten/brukeren samtykker til at det utarbeides en individuell plan. Det følger av forskriften § 17 hvor det heter:

«Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra pasienten eller brukeren eller den som kan samtykke på vegne av

vedkommende.»

[side 281]

Utgangspunktet er at pasienten eller brukeren selv skal samtykke til utarbeidelse av individuell plan så langt hun eller han har tilstrekkelig forståelse for situasjonen til å kunne binde seg. Det innebærer at helsetjenesten må gi pasient og bruker tilpasset informasjon om individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5. I noen tilfeller vil pasienten eller brukeren åpenbart ikke forstå hva det skal samtykkes til og hva samtykket omfatter. Pasienten eller brukeren er ikke samtykkekompetent.⁴⁴ Dersom pasienten eller brukeren ikke er samtykkekompetent, er det spørsmål om hvem som kan samtykke på vegne av vedkommende. For en «bruker» som ikke er samtykkekompetent må det legges til grunn at vedkommendes lovlige stedfortreder (representant) kan samtykke på vegne av brukeren. Det kan være foreldre når barnet er under 18 år, jf. lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barnelova) § 30, eller oppnevnt verge med ansvar på det personlige området, jf. lov 26. mars 2010 nr. 9 om vergemål (vergemålsloven) § 21. For en «pasient» er det i forskriften § 17 fastslått at pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4 om samtykke til helsehjelp kommer til anvendelse. Det betyr at det er foreldre eller andre med foreldreansvar som kan samtykke til individuell plan når barnet/ungdommen er under 16 år. Barnet/ungdommen skal imidlertid høres, og det skal legges økende vekt på vedkommende sin mening ut fra alder og modenhet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4. Dersom ungdommen er mellom 16 og 18 år og mangler samtykkekompetanse er det også foreldre eller andre med foreldreansvar som kan samtykke på vegne av ungdommen, så langt ungdommen ikke motsetter seg utarbeidelse av individuell plan. jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-5. For pasienter over 18 år er det etter ordlyden helsepersonell som treffer beslutninger om helsehjelp når pasienten ikke er samtykkekompetent og ikke motsetter seg helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. I denne sammenheng må utarbeidelse av individuell plan anses som et lite inngripende tiltak, og det følger da av § 4-6 første ledd at det er den som yter helsehjelpen som skal beslutte om det skal utarbeides individuell plan, uten at det er fastsatt ytterligere vilkår. En slik vurdering må basere seg på krav til helsepersonell om faglig forsvarlig yrkesutøvelse (helsepersonelloven § 4) og plikten til å oppfylle pasienters rett til individuell plan. Det er imidlertid klart unaturlig at helsepersonell skal beslutte utarbeidelse av individuell plan helt [side 282] på egen hånd. Vanlige regler om representasjon bør komme inn, slik at nærmeste pårørende, eventuelt verge, som alminnelig utgangspunkt er rette vedkommende til å samtykke til utarbeidelse av individuell plan i samarbeid med pasienten, eller i alle fall at nærmeste pårørende skal uttale seg om hva pasienten ville ha ønsket.⁴⁵ Det er her klart behov for en justering av denne bestemmelsen.

Ved samtykke til individuell plan legges *første grunnlag for samarbeid* med pasienten/brukeren og eventuelt vedkommende sin nærmeste pårørende eller representant.

I den videre utarbeidelsen er det et krav at helse- og omsorgstjenesten ved sitt personell skal samarbeide med pasienten eller brukeren og vedkommende sin nærmeste pårørende. Pasient og bruker sin rett til medvirkning fastslås i forskriften § 16 slik:

«Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.»

Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, har vedkommende sin nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten, jf. forskriften § 16. Brukers representant eller verge må ha tilsvarende rett til å medvirke.

Brukermedvirkning er en verdi i seg selv og et prinsipp helse- og omsorgstjenesten ikke kan tilside sette. Retten er fastslått generelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 og spesifikt ved utarbeidelse av individuell plan. Den rettslige reguleringen møter således målsettingen om *brukermedvirkning* ved utarbeidelse av individuelle planer. I praksis er det svært ofte pårørende som må koordinere hjelpetilbud og svært ofte bidra med tiltak fordi den offentlige hjelpetjenesten ikke er tilstrekkelig til å dekke pasientens eller brukerens behov. Det bør derfor være en selvfølge at pårørende trekkes inn i planarbeidet også i situasjoner hvor pasienten eller brukeren er samtykkekompetent, så langt pasienten eller brukeren ønsker det.⁴⁶

Dersom pasient/bruker eller pårørende ikke gis mulighet for medvirkning, kan dette påklages, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

[side 283]

3.3 Målet om en god planprosess

En god planprosess holdes gjerne frem som en forutsetning for å sikre at pasienten eller brukerens ønsker og behov kommer godt nok frem, slik at tjenestetilbudet kan bli tilstrekkelig individuelt tilpasset. Men kvaliteten på prosessen er også av betydning for å få aktuelle samarbeidspartnere til å involvere seg og se behovet for og betydningen av samarbeid, samordning og langvarig planlegging. I NOU 2004: 18 uttalte utvalget at det sentrale med individuelle planer er selve prosessen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, og mellom tjenesteyterne knyttet til arbeidet med individuell plan, og ikke nødvendigvis selve planen.⁴⁷ Prosessen skal legge grunnlaget for et tjenestetilbud som er helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset.

Retten til individuell plan gir ingen rett til en bestemt prosedyre. Den rettslige reguleringen sikrer bare en rett til å få planen *utarbeidet*, men stiller i utgangspunktet ikke spesifikke krav til prosessen som leder frem til denne. Planen kan like gjerne være resultatet av en sterk fagstyring med det formål å oppfylle lovens krav, som et resultat av en prosess styrt ut fra pasientens eller brukerens behov og ønsker.⁴⁸ Således vil en stor del av prosessen ved utarbeidelse av individuell plan være opp til og avhengig av det tjenestepersonellet som er involvert.

Det kan likevel stilles nærmere krav til personellet som er involvert. Det må for utarbeidelse av individuell plan, som for faglig arbeid for øvrig, stilles krav om *faglig forsvarlighet*, jf. helsepersonelloven § 4. Utredningen og beslutningsprosessen skal være faglig forsvarlig, herunder også kommunikasjonen med pasient og bruker og eventuelt vedkommende sine nærmeste pårørende.

Videre er det et krav at personellet i helse- og omsorgstjenesten *samarbeider* med hverandre og med andre tjenesteytere og instanser når det er behov for det. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 at kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Tilsvarende heter det i psykisk helsevernloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 at henholdsvis institusjonen og helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen. Kravet om samarbeid følger også av forskriften, hvor det i § 18 både fastslås krav om samarbeid mellom kommuner og helseforetak, og krav om at kommuner og helseforetak skal samarbeide med andre tjenesteytere eller [side 284] etater når pasienten eller brukeren har behov for tjenester fra slike. Det enkelte helse- og omsorgspersonell har også en plikt til å delta i arbeid med individuell plan, jf. helsepersonelloven § 4 andre ledd tredje punktum.

De ovenfor nevnte rettslige kravene, herunder kravet om brukermedvirkning (se punkt 3.2), møter målsettingen om en «god» planprosess. Kravene kan bidra til *samhandling* mellom tjenesteytere og pasient/bruker og eventuelt pårørende og til *samarbeid* mellom tjenesteytere. Svikter samarbeidet eller unndrar personellet seg samarbeid, er det grunn til å stille spørsmål om personell og virksomhet utfører sitt arbeid faglig forsvarlig.

Kravene om samarbeid, samhandling og brukermedvirkning følger av alminnelige krav om faglig og forvaltningsmessig forsvarlighet. På sikt bør slikt samarbeid kunne føre til en mer gjennomtenkt ressursbruk for virksomhetene.

3.4 Målet om koordinering

Når en pasient eller bruker har et sammensatt og langvarig behov, er koordinering av tjenestene helt sentralt. Eksempelvis vil et barn som har flere alvorlige sykdommer, og som er sterkt pleietrengende, kunne ha behov for hjemmesykepleie, helsestasjonstjenester og fastlegetjenester, men også spesialisthelsetjenester, støttekontakt, avlastningsordninger og/eller omsorgslønn.⁴⁹ Slike tjenester må koordineres. Svært ofte opplever foreldre at de selv må prøve å koordinere tjenestene.

Både kommunene og helseforetakene har plikt til å tilby koordinator til den som har et langvarig og sammensatt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder uavhengig av om pasienten/brukeren ønsker en individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Det er ikke stilt kompetansekrav til koordinator i kommunal regi, men for koordinator i spesialisthelsetjenesten heter det at koordinator bør være lege, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2.⁵⁰

Både kommunene og helseforetakene er også pålagt å ha en enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som blant annet skal ha det overordnede ansvaret [side 285] for individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b.

Når en pasient har behov for både spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester, er det den aktuelle kommunen som skal sørge for at arbeidet med den individuelle planen settes i gang og koordineres, mens spesialisthelsetjenesten skal medvirke, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

Helseforetak, herunder institusjon i psykisk helsevern, skal melde fra til kommunen når det er behov for individuell plan som omfatter både spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1. Videre er helse- og omsorgspersonell pålagt å gi melding om behov for individuell plan og koordinator. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten, mens annet helse- og omsorgspersonell skal gi melding til den koordinerende enheten for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen, jf. helsepersonelloven § 38 a.

Denne rettslige reguleringen av plikten til å tilby koordinator, plikten til å etablere koordinerende enheter for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, samt et pålagt kommunalt overordnet ansvar for utarbeidelse av individuell plan, er klart bidrag til å sikre *koordinering* ved utarbeidelse av individuell plan. Helseforetaket og helsepersonellens meldeplikt skal sikre at *behovet for individuell plan og koordinator blir kjent og at rette instans tar initiativ*. Denne rettslige reguleringen møter klart målsettingen om planlagt koordinering av helse- og omsorgstjenester som pasienten og eller brukeren har behov for.

Men det skal også bemerkes at plikten til å oppnevne koordinator ikke er ment å korrespondere med en rett for den enkelte til en slik koordinator. Problemstillingen er ikke berørt i forarbeidene,⁵¹ men i brev fra Helse- og omsorgsdepartementet⁵² og senere i høringsnotat om plikt og rett til kontaktleger i spesialisthelsetjenesten,⁵³ har Helse- og omsorgsdepartementet slått fast at ordningen med koordinator ikke [side 286] er regulert som en rett etter pasient- og brukerrettighetsloven. Og med dette legger departementet til grunn at plikten ikke gir en korresponderende rett til å få oppnevnt koordinator. Det kan klart stilles spørsmål om ikke en slik konkret plikt gir den enkelte et rettskrav selv om dette ikke fremgår av en rettighetslov. Uansett bør pasient- og brukerrettighetsloven endres slik at den enkelte med behov for langvarige og sammensatte tjenester får et rettskrav på koordinator.⁵⁴

Kravene som omhandler koordinering er detaljerte, og griper klart inn i kommunal organisasjonsfrihet og ressursbruk. Det bør imidlertid kunne legges til grunn at godt planlagt koordinering av tjenester rundt en pasient eller bruker vil kunne være tidsbesparende og gi en mer gjennomtenkt ressursbruk.

3.5 Målet om trygghet og forutberegnelighet

Det er stilt nærmere krav til innholdet i den individuelle planen i forskriften § 19. Kravene er detaljerte og kan oppsummeres slik: Planen skal inneholde en beskrivelse av pasientens eller brukerens mål, ressurser og behov for tjenester. Den skal beskrive hvilke tiltak som er aktuelle, omfanget av disse og hvordan tiltakene skal gjennomføres. Videre skal den beskrive samarbeidspartnere – de som deltar i arbeidet med planen – og hvem som har ansvar for de ulike tiltak og tjenester. Planen skal videre gi en oversikt over hva pasient, bruker, personell og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet, og angi hvem som er koordinator. Dessuten skal planen vise aktuelle tidsintervaller, planperiode

og tidspunkter for justeringer og revideringer.⁵⁵ En individuell plan må svare på punktene i forskriften § 19.

Fylkesmannen i Vestfold uttaler:

«Rett til en individuell plan betyr at tjenestemottaker har rett til en plan som angir et helhetlig og begrunnet tjenestetilbud, og som sammenfatter vurderinger av behov og virkemidler. Den individuelle planen skal således være et virkemiddel for å sikre at tjenestene som mottaker får fra ulike tjenesteytere samordnes og at tjenestene blir vurdert i en sammenheng».

[side 287]

Videre heter det: «Fylkesmannen mener derfor at X kommune må utarbeide et plandokument, som inneholder de elementene som framkommer av forskrift om individuell plan.»⁵⁶

Begrunnelsen for en så pass detaljert regulering er først og fremst pasienten og brukerens behov for *trygghet, forutberegnelighet og klarhet* med hensyn til hvilken hjelp til hvilken tid, hvem som har ansvar og hvem som skal koordinere.

Den detaljerte reguleringen av innholdet i individuell plan møter målsettingene om avklarte ansvarsforhold og en planlegging av et tjenestetilbud som er individuelt tilpasset, helhetlig og koordinert. Ved vesentlige avvik fra punktene i forskriften § 19 om planens innhold er det grunn til å reise spørsmål om dokumentet som er utarbeidet er en individuell plan – med andre ord om retten til individuell plan er oppfylt.

Utarbeidelse av en individuell plan, med dette nærmere bestemte innholdet, krever faglig kompetanse og avsatt tid. Således vil dette arbeidet kreve kommunale ressurser, men kan også gi effekt i form av et tjenestetilbud som fungerer for pasienten/brukeren og vedkommende sine pårørende dersom planen følges opp ved tildeling av de planlagte tjenestene. I alle fall påligger det kommunen å foreta en faglig forsvarlig utredning av behov når en person har et sammensatt og langvarig behov.

3.6 Målet om et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud

Planen skal altså blant annet gi en oversikt over og beskrive de tiltak og tjenester pasienten eller brukeren har behov for med hensyn til art, omfang og kvalitet. Det må forventes at planen er realistisk ut fra de ressurser som er tilgjengelige, men uten å underkommunisere de reelle behovene pasienten/brukeren har og minimumskravene til forsvarlig tjenestetilbud. På den annen side bør heller ikke planen overkommunisere pasientens eller brukerens behov i håp om at en på den måten skal få en tilstrekkelig tildeling.

Det vil imidlertid kunne være et til dels betydelig sprik mellom de tjenester som er beskrevet i den individuelle planen, og de tildelinger som vedtas. Planen i seg selv gir ikke den enkelte rett til de tjenester som er beskrevet i den. Det het om dette i stortingskomiteens merknader til spesialisthelsetjenesteloven § 2-5:

[side 288]

«Komiteen vil peke på at den individuelle planen ikke gir pasientene større rett til de tjenester den beskriver, enn det som følger av lovgivningen ellers. Komiteen vil understreke at det er viktig at omfanget av planene som utarbeides, er realistiske i forhold til de ressurser som er tilgjengelige.»⁵⁷

I forskriften § 16 slås dette fast:

«Den individuelle planen gir ikke pasienten og brukeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.»

Retten til individuell plan sikrer altså *ikke* personen de tiltak og tjenester som er beskrevet i planen. Verken planen eller enkelthetene i den er et enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand.⁵⁸ Planen er et underlagsdokument som kan gi et grunnlag for tildeling og oppfølging, men som er uten bindende kraft.⁵⁹ Skal individuell plan sikre helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassete tjenester, må planen følges opp med et helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud som dekker det nødvendige behovet.

Det kan anføres at det må en særskilt begrunnelse til for at forvaltningen fraviker planen, men det er ingen mekanismer som kan sikre dette utover nettopp å anføre et eventuelt sprik mellom plan og tildelinger, herunder i en eventuell klagesak over manglende/mangelfulle tildelinger.⁶⁰

Det kunne argumenteres for at planen binder forvaltningen ut over dette, særlig på bakgrunn av at en individuell plan gjerne har skapt forventninger hos den private part. Motforestillingene mot dette knytter seg i første rekke til at planen er tenkt som et rent faglig basert dokument uten kopling eller referanse til ressurssituasjon og kapasitet. Planen er ikke ment å skulle definere det presise lovlige minimum for forsvarlige tjenester, men skal være et opplegg til det samlede tjenestetilbud som faglig sett fremtrer som faglig forsvarlig (god praksis). Når det også klart er fastslått i forskriften at den individuelle planen ikke gir pasientene større rett til de tjenester den beskriver enn det som følger av lovgivningen ellers, vil en slik argumentasjon vanskelig føre frem.

[side 289]

Spørsmålet er da om det kan konstrueres en endret rettslig regulering som i større grad forplikter forvaltningen til å følge opp individuell plan med samordnede tjenester slik de er planlagt.

Det er nærliggende at det bør etableres en tettere kopling mellom individuell plan og de tildelinger som skal skje.

Det må kunne legges til grunn at en faglig forsvarlig utarbeidelse av individuell plan angir et helhetlig, begrunnet og faglig forsvarlig tjenestetilbud for pasienten eller brukeren. Kommune og eventuelt spesialisthelsetjeneste må kunne akseptere at den individuelle planen uttrykker det reelle samlede behovet for tiltak og tjenester.

Et slikt samlet beskrevet behov for tjenester bør møtes av vedtak om tiltak og tildelinger som ses i sammenheng. Når det treffes flere avgjørelser eller vedtak om tildelinger, for eksempel tildeling av helsetjenester i hjemmet, psykiatrisk sykepleie, støttekontakt og avgjørelser om bestemte tjenester fra spesialisthelsetjenesten, skal disse tildelingene gi svar på et samlet behov som er beskrevet i en individuell plan. Det betyr at de avgjørelser som skal treffes om enkelthetene må stå i forhold til hverandre og inngå i en sammenheng. Da er det behov for mekanismer som tvinger forvaltningen til å se tildelingene i sammenheng og treffe samlede beslutninger.

En måte å møte dette på er å innføre et krav til kommunene om et samlet forvaltningsvedtak som angir det samlede tjenestetilbudet pasienten eller brukeren skal få fra kommunen i et visst tidsrom, og eventuelt hvilke bidrag spesialisthelsetjenesten forplikter seg til.⁶¹ Et slikt vedtak må da anses som ett enkeltvedtak, slik at for eksempel begrunnelsesplikt og eventuelt klage bare gjelder det samlede vedtaket og ikke enkeltdeler, og slik at det i en klagebehandling må gjøres en vurdering av en «totalpakke». Det krever også at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til sine bidrag.⁶² Men dertil må det samlede vedtaket og den individuelle planen knyttes sammen.

Bernt-utvalget foreslo følgende formulering i sitt lovutkast: «Ved utarbeidelse av individuell plan etter § 3-6 skal det treffes et samlet vedtak som angir det tjenestetilbudet som tjenestemottakeren skal få fra kommunen.»⁶³

[side 290]

Med andre ord: Når det er utarbeidet en individuell plan, skal denne følges opp med et samlet vedtak. Kommunen må være forpliktet til å treffe et slikt vedtak, og pasienten og brukeren må gis en rett til et slikt vedtak. En slik regulering vil kunne sikre et tjenestetilbud som bygger på utarbeidet individuell plan.

Det neste spørsmålet er da hvilket organ som kan treffe et slikt samlet vedtak. Så langt det gjelder kommunale tjenester bør det i prinsippet, ut fra hensynet til kommunalt selvstyre, være opp til den enkelte kommune. Det ligger imidlertid klart til rette for at den koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kan være det organet innen kommunen som treffer slike samlede vedtak. Når dette organet med sitt ansvarsområde er pålagt etablert, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3, vil ikke denne oppgaven bety noen særlig ytterligere innskrenkning av kommunens organisasjonsfrihet.

I tillegg kommer behovet for å etablere klarere samarbeidsforpliktelser med spesialisthelsetjenesten med hensyn til de bidragene denne tjenesten skal yte. Det krever avtaler mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. På det mer overordnede nivå må plikten til å inngå slike avtaler kunne ses i sammenheng med de samarbeidsavtalene som skal inngås mellom kommuner og regionale helseforetak, jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6.

3.7 Behovet for endret lovgivning – en oppsummering

Retten til individuell plan, og kravene om å tilby koordinator, kravene til koordinerende enheter, kommunenes ansvar for å sørge for utarbeidelse av individuell plan og koordinering av planarbeidet, spesialisthelsetjenestens medvirkningsansvar samt meldeplikten for helseforetak og helse- og omsorgspersonell, møter klart målsettingen om at den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester skal sikres individuell plan.

De rettslige kravene til planens innhold kan klart bidra til større grad av trygghet og forutberegnelighet. De kan bidra til å få frem hvilke tjenester som planlegges til hvilken tid og i hvilket omfang, og til å avklare hvem som har et ansvar og hva samarbeidspartnere og pasient/bruker/pårørende skal bidra med.

Kravene til at det skal samarbeides tjenestepersonell seg imellom og med pasienten/brukeren og eventuelt pårørende kan bidra til et godt samarbeidsklima og større grad av pasient- og brukermedvirkning. Planen som dokument kan gi et godt grunnlag for oppfølging og tildeling.

[side 291]

Dette detaljerte regelverket ivaretar langt på vei sentrale velferdspolitiske hensyn. Argumenter mot et slikt detaljert regelverk, som hensynet til kommunalt selvstyre eller hensynet til profesjonenes faglige virke og faglige skjønn, har så langt ikke fått avgjørende vekt ved reguleringen.

Noen mindre reguleringer er på sin plass. Koordinator for pasient eller bruker med langvarige og sammensatte behov bør reguleres også som en rett i pasient- og brukerrettighetsloven. Videre bør nærmeste pårørende, eventuelt verge, gis kompetanse til å samtykke til utarbeidelse av individuell plan når pasienten ikke er har samtykkekompetanse.

Men dertil bør det gis rettslige garantier for å møte hovedmålsettingen med verktøyet individuell plan. Det krever en kopling mellom individuell plan og vedtak om tildeling av tjenestene.

Det kan spørres om det er hensiktsmessig med en detaljert regulering av individuell plan dersom verktøyet likevel ikke resulterer i tjenestetilbud som er helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset for personer med langvarige og sammensatte behov. Begrunnelsene for den rettslige reguleringen bør tale sitt tydelige språk. Dette angår pasienter, brukere og pårørende som er belastet med langvarig sykdom eller skade og hvor manglende eller mangelfull planlegging og samordning av nødvendige tjenester svært ofte blir en alvorlig tilleggsbelastning. Svaret bør derfor være å videreutvikle den rettslige reguleringen, slik som argumentert for ovenfor.

4. Ansvarliggjøring av virksomheter og personell – aktuelle virkemidler

4.1 Aktuelle virkemidler

Det er tydelig at lovgivningen om rett og plikt til individuell plan i for mange tilfeller ikke følges opp i praksis. Det kan synes som om hensynet til kommunalt selvstyre og profesjonelt fritt faglig skjønn får begrunne tilsidesettelse av lovkrav – dette til tross for at lovkravene stort sett synes kjent, og også at det må kunne forventes at en planlegging slik den rettslige reguleringen av individuell plan krever, på sikt bør være ressursbesparende og inspirere til samarbeid og

samhandling. Det synes å være et behov for at virksomheter og personell i større grad ansvarliggjøres slik at gjeldende regulering av retten og plikten til individuell plan følges opp i praksis.

[side 292]

Et virkemiddel for å få til dette er informasjon og opplæring i den rettslige reguleringen av individuell plan og de hensyn den skal ivareta. Helsedirektoratet har gitt ut en veileder om individuell plan og annonsert en revidert utgave.⁶⁴ Ved en slik utgivelse kan det på ny settes fokus på individuell plan, herunder ansvaret til virksomhetene, personellet og ledelsen.

For øvrig er det først og fremst klage- og tilsynsordningen som peker seg ut som et viktig virkemiddel for å ansvarliggjøre forvaltningen slik at den rettslige reguleringen av individuell plan følges opp i praksis. I særlige situasjoner kan det stilles spørsmål om sanksjoner i form av reaksjoner mot personell og virksomhet, og det kan også reises spørsmål om det i noen tilfeller kan være grunnlag for erstatningssøksmål.

4.2 Klageordningen

I 2012 og 2013 behandlet fylkesmannsembetene til sammen 19 klagesaker som omhandlet retten til individuell plan, fordelt på ni fylker. I ni saker stadfestet fylkesmannen kommunens avgjørelse. Syv vedtak ble *endret* på grunn av feil lovanvendelse, saksbehandling eller skjønnsutøvelse, mens 3 vedtak ble *opphevet* på grunn av feil lovanvendelse. Sett i forhold til antall individuelle planer er det få som klager.⁶⁵ Klagebehandlingen viser imidlertid at omtrent halvparten av de som klager får en endring, enten i form av opphevet vedtak eller endring av vedtak.

Det er avgjørelsen om ikke å utarbeide en individuell plan som kan påklages, enten denne er en aktiv beslutning eller det ikke settes i gang faglig utredningsarbeid. Avgjørelsen er ikke et enkeltvedtak, men kan påklages etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

Fylkesmannen i Vestfold uttaler: «Heller ikke avslag på individuell plan må fattes som enkeltvedtak, men dette må anses som en avgjørelse som det kan klages på etter pasient- og brukerrettighetsloven.»⁶⁶

[side 293]

Dersom det er utarbeidet en plan, men denne ikke oppfyller de kravene til innhold som følger av forskriften, kan det også være grunnlag for å klage. Det er snakk om situasjoner hvor det dokumentet som foreligger ikke kan karakteriseres som individuell plan.

Forvaltningslovens regler om behandling av klager kommer til anvendelse så langt de passer, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6. Ved klage på manglende oppfyllelse av retten til individuell plan skal fylkesmannen prøve rettsanvendelsesskjønnet: om pasienten eller brukeren er i en slik situasjon at vedkommende har rettskrav på individuell plan, og om eventuelt et dokument som foreligger er en individuell plan. Dette kan fylkesmannen prøve fullt ut.

I tillegg kan fylkesmannen prøve saksbehandlingen, herunder om pasienten eller brukeren har fått oppfylt sin rett til informasjon og medvirkning, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 og §§ 3-2 til 3-4 [3-2, 3-3, 3-4]. Dessuten kan fylkesmannen prøve *begrunnelsen* for avgjørelsen, og herunder om denne avspeiler en forsvarlig avveining av de motstående hensyn, jf. forvaltningsloven § 25 tredje ledd.⁶⁷

Derimot kan fylkesmannen vanskelig prøve planens nærmere innhold så lenge den i all hovedsak møter de forskriftsfestede kravene, jf. forskriften § 19. Innholdet vil bero på forvaltningens skjønn, og her er fylkesmannens kompetanse klart begrenset. Det heter i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 andre ledd at ved prøving av kommunale vedtak om helsetjenester skal fylkesmannen ved prøving av forvaltningsskjønnet legge vekt *på hensynet til det kommunale selvstyret*. Og videre skal fylkesmannen ved overprøving av forvaltningsskjønnet ved klage på øvrige kommunale vedtak legge *stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret* ved prøving av det frie skjønn. Det besluttede innholdet i en individuell plan vil dels kunne omhandle helsetjenester, dels andre tjenester. I alle fall vil fylkesmannens kompetanse være begrenset. At klageinstansens kompetanse for så vidt gjelder prøving av forvaltningsskjønnet er begrenset, er noe som generelt er sterkt kritisert i juridisk teori.⁶⁸ Når det gjelder individuell plan innebærer det at klageinstansen ikke gir en vurdering av om den individuelle planen har et innholdsmessig godt nok grunnlag for et individuelt, helhetlig og koordinert tilbud til den som har et langvarig og sammensatt behov.

[side 294]

Får klager medhold i form av endring til gunst for seg, skal han eller hun på vanlig måte tilkjennes dekning for vesentlige utgifter som har vært nødvendig for å få endret vedtaket, jf. forvaltningsloven § 36 og pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 om forvaltningslovens anvendelse.

Klageretten bidrar til å sikre retten til individuell plan. Det synes imidlertid å være et vesentlig problem at få pasienter/brukere og pårørende påklager at de ikke får utarbeidet en individuell plan. Det er grunn til å påpeke at kommunene har en veiledningsplikt med hensyn til å orientere om klageadgangen og være behjelpelig med å utforme klage, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 3-2 som stiller krav om at pasienten og brukeren skal ha nødvendig informasjon for å ivareta sine rettigheter. Det er også grunn til å stille spørsmål om kommuner som har fått opphevet eller endret et vedtak om individuell plan følger opp og innvilger pasienten eller brukeren rettigheten. Utgangspunktet her er en klar forventning om at underordnet organ innretter seg etter overordnet organs vedtak i en klagesak. Fylkesmannen har imidlertid også en mulighet til å følge opp, for eksempel ved å be om kopi av nytt vedtak og kopi av utarbeidet individuell plan.⁶⁹

Klageordningen bør tas mer aktivt i bruk. Det betyr at pasienter, brukere og pårørende må gis nødvendig informasjon om adgangen til å klage, og at kommunen også må påta seg et større ansvar med å være behjelpelig med å informere og utarbeide klage. Det betyr også at fylkesmannen bør følge opp kommunene i de tilfeller avgjørelser om ikke å utarbeide individuell plan oppheves eller endres.

4.3 Tilsynsordningen

Statens helsetilsyn og fylkesmannen skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og med alt helsepersonell, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3.

Fylkesmannen og Statens helsetilsyn har vært aktive i å føre tilsyn med individuell plan. Tilsynet er både hendelsesbasert og planlagt. Tilsynene avdekker at en del kommuner og foretak ikke har tatt individuell plan i bruk i det omfang og på den systematiske måten som må forventes.

[side 295]

Som eksempel kan nevnes tilsyn med Åmli kommune hvor tilsynsmyndigheten finner at kommunen ikke sikrer «at rusmiddelmissbrukere med behov for langvarige og koordinerte tenester får tilbud om individuell plan». Det vises til at kommunen ikke har rutiner for å tilby og iverksette individuell plan, at kommunen ikke bruker individuell plan, at det ved gjennomgang av dokumentasjon ikke finnes spor av individuelle planer, og at det ikke er dokumentert at brukere har fått tilbud om individuell plan.⁷⁰

Ved tilsyn med Gjøvik kommune finner tilsynsmyndigheten at kommunen ikke har skaffet seg oversikt over hvor mange voksne personer med psykiske lidelser og samtidig langvarig rusmiddelmissbruk som har vedtak på individuell plan. Av seks gjennomgåtte saker hadde én person individuell plan. Elektroniske pasientjournaler manglet dokumentasjon på om det var gitt informasjon om individuell plan og om pasienten/brukeren hadde takket nei. I journalene manglet det angivelse av planperioden eller tidspunkt for eventuelle evalueringer av individuell plan. Det heter også at tilgang til en individuell plan er begrenset for de som yter helse- og omsorgstjenester til denne brukergruppen, og at det i en av tre gjennomgåtte individuelle planer ikke var dokumentert at planen hadde vært evaluert eller at planen faktisk hadde vært i bruk. Det var heller ikke satt opp tidsplan eller ansvarlig person for gjennomføring av tiltak/tjeneste.⁷¹

I tilsyn med Stavanger kommune, LAR (legemiddelassistert rehabilitering), fant tilsynsmyndigheten at ikke alle pasienter som hadde behov for individuell plan fikk tilbud om det. Det ble konstatert avvik begrunnet med at det i intervjuer kom frem, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, at mange pasienter ikke fikk tilbud om individuell plan, at svært få av de journalene som ble gjennomgått inneholdt oppdaterte planer, og at det i liten grad var utarbeidet kriseplaner.⁷²

I en konkret sak hvor det ble ført tilsyn med fengselshelsetjenesten og hvor en ung mann med kronisk selvmordsfare tok sitt eget liv, påpekes det blant annet at individuell plan kan være et hensiktsmessig verktøy i situasjoner hvor personer er innom flere behandlingsledd.⁷³

[side 296]

Tilsynsrapportene viser at det er tilfeller med til dels alvorlige brudd på de plikter virksomheter og personell har når det gjelder individuell plan. Tilsynet påpeker avvik eller påpeker at individuell plan er et viktig virkemiddel. Det forventes at slike avvik lukkes.

Det er klart grunn til å oppfordre tilsynsmyndigheten til å føre tilsyn, ikke bare med om individuell plan er tatt i bruk, men også om den individuelle planen er uttrykk for et faglig forsvarlig arbeid, herunder om samarbeidsforpliktelsene, både med hensyn til samarbeid med pasient, bruker og pårørende og med tjenestepersonell, er oppfylt. Når kommune og eventuelt spesialisthelsetjeneste og helsepersonell bryter lovpålagte plikter, kan det være grunnlag for reaksjoner utover å påpeke avvik. Etter helsepersonelloven § 56 kan Statens helsetilsyn blant annet gi personellet en advarsel dersom personellet ved uaktsomhet eller forsettlig overtrer plikter etter helsepersonelloven som er egnet til å påføre pasienter eller brukere en betydelig belastning. Statens helsetilsyn har også muligheter til å gi pålegg til virksomhet innen helsetjenesten om å rette på forholdene dersom den drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uforsvarlig, jf. helsetilsynsloven § 5.⁷⁴

4.4 Anmodning om mulig pliktbrudd

Ved lovendring med ikrafttredelse 1. januar 2014 er pasient, bruker og i visse situasjoner pårørende gitt en adgang til å anmode tilsynsmyndigheten om en vurdering dersom vedkommende mener bestemmelser om plikter som følger av helselovene er brutt til ulempe for seg eller den hun eller han representerer, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4. Retten omfatter ikke bare brudd på helsepersonelloven, men også brudd på plikter etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven med flere. Bestemmelsen åpner også for å be om en vurdering både av individfeil og systemfeil.⁷⁵

Bestemmelsen gir således en mulighet for pasient, bruker og eventuelt pårørende til å be om en vurdering av både virksomhet og personell i situasjoner hvor en mener at plikten til individuell plan er brutt, herunder at det ikke er lagt til rette for brukermedvirkning eller at samarbeidsforpliktelsene ikke følges opp.

[side 297]

Tilsynsmyndigheten kan blant annet gi advarsel etter helsepersonelloven § 56 og pålegg til virksomheter etter helsetilsynsloven § 5, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 andre ledd.

4.5 Krav om erstatning?⁷⁶

Det er grunn til å være oppmerksom på at pasienter, brukere og pårørende kan lide alvorlig overlast dersom pasienten/brukeren selv eller deres nærmeste pårørende over tid må planlegge og koordinere et langvarig og sammensatte tjenestebehov. Det kan tenkes situasjoner hvor det på grunn av uaktsom unnlattelse av å etablere individuell plan inntreffer en alvorlig svikt i planlegging og koordinering av tjenester og en alvorlig svikt i det samlede tjenestetilbudet, en svikt som påfører pasient, bruker eller pårørende helseskade. Om det er grunnlag for erstatningskrav i slike situasjoner er klart tvilsomt og absolutt uavklart etter norsk rett. Jeg vil likevel antyde mulige resonnerment.

Et ansvarsgrunnlag kan være det offentlige ansvar for kumulative feil, jf. lov 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatning (skadeserstatningsloven) § 2-1. Vurderingstemaet er om det offentlige (her kommunens) unnlattelse bryter med «de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten». Det er et spørsmål om «hele forholdet sett i sammenheng virker så vidt urimelig overfor tredjemann at han bør ha et erstatningskrav mot arbeidsgiver». ⁷⁷ En sentral dom er her Rt. 2012 s. 146 (Mobbedommen) hvor Høyesterett viser til refererte sitat og fastslår at det offentlige kan bli ansvarlig dersom tjenesteytelsen svikter i så stor grad at det påføres personskade. I dommen uttaler Høyesterett, med henvisning til Rt. 2002 s. 654 på side 662, at aktsomhetskravene må variere fra område til område (avsnitt 28). Mobbedommen gjaldt mobbing over år fra medelever i skolesituasjon. For vurdering av aktsomhetsnormen viser Høyesterett til de spesielle forhold som selve skolesituasjonen innebærer, med utgangspunkt i de krav skolelovgivningen stiller til kommunen (avsnitt 29-35). Høyesterett går langt i å sette krav til kommunens avklaring av aktuell situasjon og krav til at kommunen setter inn tilstrekkelige tiltak, og med det krav til organisering av tjenesten og samarbeid mellom tjenestepersonell.

[side 298]

Dette er sentralt når det gjelder unnlattelse av å ta i bruk individuell plan. Vi er på et område hvor helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer samt sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Og et område hvor helselovgivningen stiller klare krav om samarbeid og koordinering, krav om faglig forsvarlighet og krav om å arbeide systematisk for kvalitetsforbedringer og pasient- og brukersikkerhet. ⁷⁸ Individuell plan er nettopp ment å være et sentralt virkemiddel for å oppnå slike mål. Dertil er det et viktig moment, som ble vektlagt i Rt. 2012 s. 146, at den som blir påført skade, langt på vei ikke kan velge seg vekk fra situasjonen. Vedkommende er avhengig av oppholdskommunens tjenestepersonell. Når skade har oppstått, kan den manglende koordineringen bli å anse som en av flere relevante erstatningsbetingende kumulative årsaksfaktorer.

Et annet ansvarsgrunnlag kan være lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven) § 2. Da er det tale om svikt som har ført til pasientskade på grunn av måten helsehjelpen er utført på. Fokus er ikke på svikt når det gjelder samarbeid og koordinering, men svikt ved selve kvaliteten på ytelsen. Også etter pasientskadeloven skal det tas hensyn til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten, er tilsidesatt, jf. pasientskadeloven § 2 andre ledd. Indirekte kan manglende planlegging og koordinering utgjøre et moment i vurderingen.

Et særlig spørsmål er om pårørende som skadelidte i noen tilfeller kan reise erstatningskrav overfor det offentlige. Det er kjent at mange pårørende må redusere eller gi opp sin yrkesdeltakelse og/eller utvikler helsesvikt fordi de påtar seg et omfattende omsorgsarbeid, oppfølgingsarbeid og koordineringsarbeid overfor sine nærmeste. ⁷⁹ Årsaken til en slik utvikling kan gjerne ses i sammenheng med svikt fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten overfor pasient eller bruker.

Tredjepersons personskade har generelt sett en usikker rettsstilling i norsk rett, og på dette området er det sannsynlig at samfunnspolitiske hensyn kan spille en stor rolle i vurderingen av hvilke krav skadelidte kan stille til virksomheten. Det er pasienten/brukeren selv som har rettskrav på en minimumsstandard knyttet til offentlig omsorg. Det norske systemet anerkjenner pårørendes arbeid i form av omsorgslønn i et visst omfang etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6, jf. lov [side 299] 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven), men ikke uten videre full avlastning og full inntektssikring i tilfellet der en person kommer i en omsorgssituasjon uten rettslig forsørgelsesplikt overfor sin nærmeste, og årsaken til hjelpebehovet hos pasienten ikke er en erstatningsbetingende skade.

Det følger imidlertid av pasientskadeloven § 2 første ledd at både pasienten selv og «andre som har lidt tap på grunn av pasientskade» har krav på erstatning når det er konstatert en pasientskade som det offentlige er ansvarlig for. Det stilles krav om at tredjeperson har tilstrekkelig nær tilknytning til den direkte skadelidte, og at det tap som kreves erstattet ligger innenfor det som er nødvendig og rimelig å erstatte. ⁸⁰ Jeg vil her vise til dom i Borgarting lagmannsrett avsagt 14. august 2014 hvor lagmannsretten fant at deler av foreldres inntektstap lå innenfor det som var nødvendig og rimelig å erstatte. Det ble her sett hen til inntektstap som kunne tilskrives en vedvarende uforutsigbarhet og mange ikke-medisinske gjøremål på dagtid (s. 15). Blant annet ble det vist til at foreldrene måtte utføre en lang rekke praktiske gjøremål på dagtid som kontakt med forskjellige myndigheter og institusjoner, administrering av hjelpemidler og offentlige tilbud (s. 14).

5. Avslutning

Individuell plan har utviklet seg fra å være et anbefalt verktøy til å bli et ganske stramt rettslig regulert virkemiddel. I seg selv er det interessant at lovgiver har villet regulere nærmere et i utgangspunktet rent faglig verktøy.

Individuell plan er et verktøy med flere målsettinger, målsettinger som gjelder generelt i helse- og omsorgstjenesten og som det over tid klart har vært vanskelige å nå. Som vist kan gjeldende rettslig regulering av individuell plan bidra til å ivareta mange av de hensynene som er holdt frem. Men skal individuell plan sikre hovedmålet – helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassete tjenester – kan ikke dette verktøyet stå alene. Det må koples sammen med et samlet tildelingsvedtak hvor beslutningstakerne legger til grunn den individuelle planen og hvor aktuelle tiltak og tjenester ses i sammenheng.

Men når et virkemiddel er såpass gjennomregulert som individuell plan, bør tilsidesettelse av rettslige krav uansett få konsekvenser for kommuner, helseforetak og helsepersonell. Når gjeldende lovpålagte krav knyttet til individuell plan ikke [side 300] følges opp, bør det reageres. Ut over informasjon og opplæring om individuell plan må det i langt større grad gis veiledning om klagemuligheter og muligheter for anmodning om vurdering av mulige pliktbrudd. Det er også grunn til å oppfordre fylkesmannen og Statens helsetilsyn til å ta i bruk de muligheter som er gitt for å ansvarliggjøre forvaltningen. Dertil kan det være situasjoner hvor det er grunnlag for å vurdere erstatningssøksmål.

I motsatt fall vil pasienten, brukeren og pårørende, og også involvert personell, etter hvert miste tilliten til dette virkemidlet som det er knyttet så høye ambisjoner til. Det vil bety at myndighetene bidrar til å skyve ut et virkemiddel som klart er nødvendig for å sikre pasienter og brukere de helse- og omsorgstjenester de faktisk har et rettskrav på, et virkemiddel som kan forebygge helsesvikt hos pasienter og pårørende, og et virkemiddel som kan sikre mot kommunikasjonssvikt og feil som kan skade brukerne. Det kan også bety å gi fra seg et virkemiddel som kan bidra til

planlegging på tvers av forvaltningsnivå og mellom tjenestepersonell, en planlegging som må kunne forventes å være ressursbesparende og bidra til en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste.

Note (1)

Jeg takker professor emeritus dr. juris Jan Frithjof Bernt for innsiktsfulle kommentarer underveis i arbeidet med artikkelen. Jeg takker også advokat Kjell M. Brygfeldt og mine kollegaer førstelektor Helene Hanssen, førsteamanuensis Kristin Humerfelt og dosent Anne Norheim for gode kommentarer i arbeidets slutfase.

Note (2)

Prop. 91 L 2010–2011) s. 361.

Note (3)

Helsedirektoratet, <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx> (hentet 5. desember 2014).

Note (4)

I det videre benevnt som «forskriften».

Note (5)

Prop. 91 L (2010–2011) s. 361.

Note (6)

Kjønstad, A. (2007), *Helserett*, 2. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS s. 36–38 og Hatland, A. (2011), «Rettsliggjøring av velferdspolitikken», i Hatland, A. (red.), *Veivalg i velferdspolitikken*, Bergen: Fagbokforlaget, s. 153 flg.

Note (7)

Meld. St. 12 (2011–2012) s. 54 og Kommunal- og regionaldepartementet (2012), *Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner*, Veileder 12/2012, Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet s. 22–29.

Note (8)

Sakene er innhentet via Statens helsetilsyn og er sendt meg fra fylkesmannsembetene i anonymisert form.

Note (9)

Jeg har gjennomgått tilsynssaker for de siste årene, lagt ut på Helsetilsynets nettside.

Note (10)

NOU 1986: 4, NOU 1991: 20, NOU 1992: 1, St.meld. nr. 35 (1994–95), St.meld. nr. 25 (1996–97), St.meld. nr. 21 (1998–99), St.meld. nr. 50 (1998–99) og Ot.prp. nr. 29 (1990–91).

Note (11)

Innst. O. nr. 9 (1991–92) og Innst. S. nr. 237 (1996–97). Kjellevold, A. (2013), *Retten til individuell plan - og koordinator*, 4. utgave, Bergen: Fagbokforlaget, s. 13.

Note (12)

Ot.prp. nr. 10 (1998–99), Ot.prp. nr. 11 (1998–99) og Ot.prp. nr. 12 (1998–99).

Note (13)

Innst. O. nr. 91 (1998–99) punkt 2.3 og Kjellevold (2013) s. 13.

Note (14)

Prop. 91 L (2010–2011) s. 361 og s. 365.

Note (15)

Innst. 424 L (2010–2011) s. 43.

Note (16)

NOU 2004: 18 s. 91–94.

Note (17)

Nærmere om forslagene, se Kjellevold (2013) s. 16.

Note (18)

NOU 2004: 18 kapittel 10, lovutkastet §§ 3-6 og 3-7.

Note (19)

NOU 2005: 3 s. 73.

Note (20)

Nærmere om forslagene, se Kjellevold (2013) s. 16–17.

Note (21)

St. meld. nr. 47 (2008–2009) s. 22, s. 25 og s. 48.

Note (22)

Meld. St. 12 (2011–2012) s. 58.

Note (23)

Op.cit.. Evalueringen ble gjennomført av Rokkansenteret, se nedenfor under punkt 2.3.

Note (24)

Kommunal- og regionaldepartementet (2012) s. 29.

Note (25)

Riksrevisjonen, Dokument 3:7 (2006–2007), Vedlegg: Rapport: Tilbudet til barn og unge med psykiske problemer, s. 61 og Kjellevold (2013) s. 19.

Note (26)

Riksrevisjonen, Dokument 3:7 (2006–2007) s. 19.

Note (27)

Statens helsetilsyn, Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2007 med kommunale helse og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser. Rapport 3/2008 s. 16.

Note (28)

Norges Forskningsråd, Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009), s. 128–129 og Kjellevold (2013) s. 19.

Note (29)

Berven, N., Ludvigsen, K., Christensen, D. A. og Nilssen, E. (2013), *Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene*, Uni Rokkansenteret, rapport 2-2013, Bergen.

Note (30)

Martinussen, I. S., Tingvoll, W-A. og Kassah, S. K. (2014), Når samhandlingsreformen tvinger fram samarbeid ... mens rehabilitering står på vent, i Martinussen, I. S., Tingvoll, W-A og Kassah, S. K. (red.) *Samhandlingsreformen under lupen*, Bergen: Fagbokforlaget s. 150.

Note (31)

Berven med flere (2013) s. 45-46.

Note (32)

Holum, L. CHR. (2013), *Fra idé til virkelighet*, Psykologisk institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.

Note (33)

Op.cit. s. 54.

Note (34)

Humerfelt, K. (2012), *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan – anerkjennelse og krenkelse*, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU Trondheim.

Note (35)

Sandvin, J. T. og Hanssen, J. I. (2000), *SKUR- arbeidsnotat nr. 1/2000*, Bodø.

Note (36)

Prop. 91 L (2010–2011) s. 499.

Note (37)

Innst. 424 L (2010–2011) s. 43.

Note (38)

Se her Syse, A. (2015), *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, 4. reviderte utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag s. 308. Syse mener at som et utgangspunkt må hjelpebehovet være minst opp mot ett år, og at pasient eller bruker må ha behov for tjenester fra (minst) to ulike instanser.

Note (39)

Fylkesmannen i Vest-Agder, sak 2012/4931 EKR.

Note (40)

Fylkesmannen i Vest- Agder, sak 2012/1102 EKR.

Note (41)

Fylkesmannen i Vest-Agder, sak 2013/3374HDA.

Note (42)

Fylkesmannen i Hordaland, sak 2012/678 TGT.

Note (43)

Fylkesmannen i Buskerud, sak 2012/8205 HKY.

Note (44)

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke innebærer på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming. Se nærmere Syse (2015) s. 410.

Note (45)

Nærmeste pårørende har også en rett til å medvirke ved utarbeidelse av individuell plan når pasienten ikke er samtykkekompetent (forskriften § 16).

Note (46)

Brofoss, K. E. og Larsen, F. (2009), Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009), Oslo: Forskningsrådet. Av rapporten går det frem at pårørende i liten grad var involvert i utarbeidelsen av individuell plan. Begrunnelsen som ble anført av spesialisthelsetjenesten var at tjenesten ikke hadde prioritert dette arbeidet høyt nok, eller at pasienten ikke ønsket at pårørende skulle involveres.

Note (47)

NOU 2004: 18 s. 91.

Note (48)

Holum (2013) fant i sin undersøkelse at omtrent en fjerdedel av koordinatorene og lederne så på individuell plan som noe som de måtte gjøre, som et dokumentasjonskrav de ikke hadde tid til eller så nytten av (se under punkt 2.4).

Note (49)

Eksempelet er hentet fra Ot.prp. nr. 10 (1998–99) s. 45. Omsorgslønn er et tilbud rettet mot personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6.

Note (50)

Det er foreslått noen endringer. Se Helse- og omsorgsdepartementet, høringsbrev av 28. juni 2013 med endringsforslag. Saken er under behandling per 1. januar 2015 og må ses i sammenheng med høringsnotat om kontaktleger i spesialisthelsetjenesten (se note 53).

Note (51)

Prop. 91 L (2010–2011) s. 374–375 og s. 510.

Note (52)

Helse- og omsorgsdepartementet (2012), Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 - koordinerende enhet og koordinatorrollen,

Brev, publisert: 31.januar 2012 til Nettverk KE storbykommuner v/Heidi Matre Knausen 19 9018 Tromsø, referanse: 201104782-/LIT.

Note (53)

Helse- og omsorgsdepartementet (2014), Høringsnotat – kontaktleger i spesialisthelsetjenesten – søksmålsfrister (Endringer i spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven mv.) s. 7. (Høringsfrist 24. januar 2015.)

Note (54)

I høringsnotatet om kontaktleger foreslås en plikt til å oppnevne kontaktleger for pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse og en tilsvarende rett for den aktuelle pasientgruppen. Ordningen med kontaktleger er ment å komme i tillegg til koordinator. Koordinatoren er ment å ha det mer praktiske ansvaret for å samordne tjenester, mens kontaktleger skal ha den medisinskfaglige kontakten (Helse- og omsorgsdepartementet (2014), Høringsnotatet s. 15).

Note (55)

Kjellevold (2013) s. 40.

Note (56)

Fylkesmannen i Vestfold, sak 2012/5839 LOV.

Note (57)

Innst. O. nr. 65 (1998–99) punkt 2.

Note (58)

NOU 2004: 18 s. 94 og Helse- og omsorgsdepartementet (2012), Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 – koordinerende enhet og koordinatorrollen, Brev, publisert: 31.januar 2012 til Nettverk KE storbykommuner v/Heidi Matre Knausen 19 9018 Tromsø, referanse: 201104782-/LiT.

Note (59)

Syse (2015) s. 309.

Note (60)

Op.cit.

Note (61)

Dette ble foreslått av Bernt-utvalget. Se NOU 2004: 18 s. 62 og lovutkastet § 3-8.

Note (62)

Se NOU 2004: 18, lovutkastet § 3-8 nr. 5.

Note (63)

NOU 2004: 18, lovutkastet § 3-8.

Note (64)

Helsedirektoratet (2010), Individuell plan 2010 – Veileder til forskrift om individuell plan, Veileder IS-1253, Oslo: Helsedirektoratet. Ny veileder ventes i mai 2015.

Note (65)

Ramboll (2011). I en kartlegging for Helsedirektoratet estimerer Rambøll Management Consulting antallet individuelle planer i landet til mellom 28 664 og 28 685. (<http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Documents/kartlegging-av-individuelle-planer-i-landets-kommuner.pdf>, (lest 1. desember 2014).

Note (66)

Fylkesmannen i Vestfold, sak 2012/5839 LOV.

Note (67)

Bernt, J. F. og Rasmussen, Ø. (2010), Frihagens forvaltningsrett, bind 1, 2. utgave, Bergen: Fagbokforlaget s. 283–287.

Note (68)

Syse, A. (2013) «Klageinstansers kompetanse og (u)verdiges retts(u)sikkerhet i velferdsretten» i Søvig, K. H., Schütz, S. E. og Rasmussen, Ø. (red.), *Undring og erkjennelse. Festskrift til Jan Fridthjof Bernt*, Bergen: Fagbokforlaget s. 691–705.

Note (69)

Av de 19 sakene jeg har gjennomgått var det bare i én sak at fylkesmannen ba om oversendelse av kopi av nytt

vedtak og kopi av individuell plan (Fylkesmannen i Vest-Agder, sak 2013/3374 HDA).

Note (70)

<https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Aust-Agder/2013/Amlie-kommune-tenester-til-rusmiddelmissbrukere-2013/> (lest 1. desember 2014).

Note (71)

<https://www.helsetilsynet.no/no/ts/sokeside/?quicksearchquery=Individuell+plan> (lest 1. desember 2014).

Note (72)

<https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Rogaland/2013/Stavanger-kommune-pasienter-med-behov-for-legemiddelassistert-rehabilitering-LAR-2013/> (lest 2014).

Note (73)

<https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Rapport-i-tilsynssak-tilsyn-med-fengselshelsetjenesten/> (lest 1. desember 2014).

Note (74)

Se også spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3.

Note (75)

Prop. 100 L (2012-2013) s. 25 og s. 33 og Syse (2015) s. 569-573.

Note (76)

Jeg retter en særlig takk til førsteamanuensis Anne Marie Frøseth for gode diskusjoner om problemstillingene under dette punktet.

Note (77)

Innstilling II til lov om offentliges og andre arbeidsgiveres erstatningsansvar (1964) s. 44.

Note (78)

Se helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 første ledd, 3-3, 3-4, 4-1 og 4-2.

Note (79)

Meld. St. 29 (2012-2013) s. 58-61. Bøckmann, K. og Kjellevold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten*, 2. utgave, Bergen: Fagbokforlaget.

Note (80)

Rt. 2010 s. 1153 (avsnitt 37) og NOU 1994: 20 punkt 4.1.5.8.