

Helsedirektoratet

Rapport

April 2011

HELSEDIREKTORATET KARTLEGGING AV INDIVIDUELLE PLANER I LANDETS KOMMUNER 2011



**HELSEDIREKTORATET
KARTLEGGING AV INDIVIDUELLE PLANER I LANDETS
KOMMUNER 2011**

INNHALDSFORTEGNELSE

1.	Sammendrag	1
1.1	Antall individuelle planer	1
1.2	Organisering	2
1.3	Koordinatorer	2
1.4	Anbefalinger	3
2.	Innledning	5
2.1	Formål med kartleggingen	5
2.2	Metodisk gjennomføring	5
2.3	Frafallsanalyse	7
2.4	Leserveiledning	8
3.	Om individuell plan	9
3.1	Overordnet ansvar for individuell plan – koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering	9
3.2	Koordinator	10
3.3	Ansvarsgruppe	11
3.4	Fylkesmannens rolle	11
3.5	Status	11
4.	Antall individuelle planer	12
4.1	Antall individuelle planer totalt	12
4.2	Antall individuelle planer fordelt på kommunestørrelse	13
4.3	Antall individuelle planer fordelt etter fylke	14
4.4	Datamaterialets validitet	16
4.5	Estimat for antall individuelle planer i alle kommuner	17
4.6	Oppsummering	18
5.	Organisering	20
5.1	Tjenester som inngår i arbeid med individuell plan	20
5.2	Tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan fordelt på kommunestørrelse	22
5.3	Fylkesvise forskjeller i tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan	22
5.4	Oppsummering	24
6.	Koordinatorer	25
6.1	Antall koordinatorer totalt	25
6.2	Antall koordinatorer fordelt på kommunestørrelse	26
6.3	Antall koordinatorer fordelt på fylker	27
6.4	Koordinator fordelt på tjenester	29
6.5	Antall brukere per koordinatorer	31
6.6	Oppsummering	33

TABELLISTE

Tabell 2-1	Antall besvarelser og svarprosent fordelt på fylke.....	6
Tabell 2-2	Antall besvarelser fordelt på kommunestørrelse	7
Tabell 4-1	Antall individuelle planer per fylke per mars 2011.....	15
Tabell 4-2	Estimat for totalt antall individuelle planer per mars 2011.....	18

FIGURLISTE

Figur 4-1	Antall individuelle planer totalt per mars 2011	12
Figur 4-2	Antall individuelle planer per mars 2011, 0-100.....	13
Figur 4-3	Antall individuelle planer fordelt på kommunestørrelse per mars 2011	14
Figur 5-1	Tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan per mars 2011	20

Figur 6-1 Antall koordinatører totalt per mars 2011.....	25
Figur 6-2 Antall koordinatører per mars 2011, 0 – 50	26
Figur 6-3 Antall koordinatører per mars 2011, fordelt på kommunestørrelse.	27
Figur 6-4 Antall koordinatører per mars 2011, fordelt på fylker	28
Figur 6-5 "Er dette et eksakt antall personer med rolle som koordinator eller et anslag?" krysset med kommunestørrelse.....	29
Figur 6-6 Antall koordinatører for individuell plan per mars 2011 fordelt på tjenester.....	30
Figur 6-7 "Er dette et eksakt antall personer med rolle som koordinator per tjeneste eller et anslag?" krysset med kommunestørrelse.....	31
Figur 6-8 Antall brukere per koordinator per mars 2011	32
Figur 6-9 Antall brukere per koordinator per mars 2011 fordelt på kommunestørrelse.....	32

1. SAMMENDRAG

Rambøll Management Consulting har gjennomført en kartlegging av individuelle planer (IP) i landets kommuner på oppdrag for Helsedirektoratet. Kartleggingen er gjennomført i perioden februar til april 2011.

Formålet med kartleggingen av individuelle planer i kommunene er tredelt. For det første skal kartleggingen gi oversikt og kunnskap om antall virksomme individuelle planer i kommunene. Med virksomme planer menes individuelle planer der bruker har fått oppnevnt en koordinator og at planarbeidet derigjennom er igangsatt; at den skal være et aktivt verktøy for å koordinere tjenesteytingen til bruker; og at planen oppdateres regelmessig. For det andre skal kartleggingen gi kunnskap om koordinatorene og hvilken sektor de kommer og dernest hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan. Helsedirektoratet planlegger ny kartlegging av individuelle planer i 2012/2013 for å se på utviklingen.

Kartleggingen er gjennomført som en elektronisk spørreundersøkelse som ble sendt til leder for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i alle landets kommuner, samt bydeler i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Det var et mål å oppnå høyest mulig deltakelse i kartleggingen. Derfor ble det benyttet et svært kortfattet spørreskjema, hvor det ble foretatt en prioritering fra Helsedirektoratets side av hva det er størst behov for å få kunnskap om i første omgang. Totalt besvarte 349 kommuner og bydeler, noe som tilsvarer en svarprosent på 76,9. Dette er en såpass høy svarprosent at datagrunnlaget kan sies å være representativt for alle landets kommuner og bydeler.

Personer som har behov for langvarige og koordinerte helse og sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom brukeren og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Den skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, samt at planen skal sikre brukerens og eventuelle pårørendes deltagelse i planleggingen og utformingen av tjenestetilbudet. Retten til individuell plan har vært gjeldende siden 2001, da den ble rettighetsfestet i Lov om pasientrettigheter¹. I senere tid har retten til individuell plan også blitt hjemlet i Lov om sosiale tjenester (2005)², Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (2006)³ og Lov om barneverntjenester⁴.

1.1 Antall individuelle planer

Blant de 349 kommunene og bydelene som rapporterte inn antall individuelle planer i sin kommune/bydel ble det rapportert om totalt 20 002 individuelle planer:

- 65 prosent av kommunene har mellom 1 - 50 individuelle planer
- 16 prosent av kommunene har mellom 51 og 100 individuelle planer
- 9 prosent har mellom 100 og 151 individuelle planer
- 4 prosent har mellom 151 og 200 individuelle planer
- 6 prosent har over 200 individuelle planer

Antall individuelle planer har klar sammenheng med innbyggertall. Blant kommuner med under 5000 innbyggere har samtlige kommuner med unntak av én mellom 1 og 50 individuelle planer, hvorav størst andeler har mellom 1 og 10 eller 11 og 20 individuelle planer. Når det gjelder mellomstore og store kommuner/bydeler har disse en mer jevn spredning i antall individuelle planer. Det er i all hovedsak store kommuner som faller innen kategoriene mellom 151 og 200 og over 200 individuelle planer.

¹ Lov om pasientrettigheter, http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighet*&&

² Lov om sosiale tjenester, http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-19911213-081.html&emne=sosialtjeneste*&&

³ Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-20060616-020.html&emne=nav*&&

⁴ Lov om barneverntjenester, http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-19920717-100.html&emne=barnevern*&&

En analyse av individuelle planer på fylkesnivå viser relativt store variasjoner mellom fylkene. Det er også her naturlig nok en klar sammenheng mellom antallet individuelle planer i et fylke og innbyggertall, ved at fylker med høyt innbyggertall har mange individuelle planer. Nærmere analyser synliggjør imidlertid også store fylkesvise forskjeller når antallet individuelle planer er vurdert i forhold til innbyggertallet. Det er flest individuelle planer per innbygger i kommunene i Finnmark, Nord-Trøndelag og Hedmark, og færrest individuelle planer per innbygger i kommunene/bydelene i Vestfold, Oslo og Akershus. En samlet beregning viser at 0,58 % av befolkningen i gjennomsnitt har en individuell plan.

Ettersom ikke alle landets kommuner/bydeler har deltatt i kartleggingen, har Rambøll foretatt en estimering av det totale antallet individuelle planer i landet. Dette er basert på antall individuelle planer innrapportert per fylke, det totale innbyggertallet i fylket og innbyggertallet blant deltakende kommuner. Våre utregninger anslår at det totale antallet individuelle planer i landet er mellom 28 664 og 28 685.

1.2 Organisering

Personer med rett til individuell plan mottar tjenester fra mer enn én instans, noe som medfører behov for koordinering for at tjenestemottakeren skal oppleve et helhetlig tjenestetilbud. Hvilke tjenester som inngår i arbeidet påvirkes videre av hvilke typer tjenester brukeren har behov for. Vår kartlegging viser at de tjenestene som er involvert i arbeidet med individuell plan i flest kommuner er:

- Psykisk helsetjeneste (91 prosent)
- Helsestasjon (89 prosent)
- Fysioterapi (88 prosent)
- Skole/barnehageetat (82 prosent)

Dette gjelder uavhengig av kommunistørrelse. Generelt er det færrest involverte tjenester i små kommuner, og flest involverte tjenester i store kommuner. En mulig forklaring på dette kan være at store kommuner har et større tjenesteapparat og flere ulike typer tjenester, hvor det er mulig å benytte seg av flere ressurser. I tillegg har store kommuner et høyt antall individuelle planer, noe som sannsynligvis også gjenspeiler flere ulike brukergrupper, og krever dermed at man involverer flere tjenester i arbeidet med individuell plan. Videre kan forskjellene bety at flere av de mindre kommunene ikke har egne tjenester for alle alternativene i kartleggingen. Eksempelvis kan ergoterapitjenesten være slått sammen med fysioterapitjenesten, eller rustjenesten kan inngå i NAV.

1.3 Koordinatorer

Blant de 349 kommunene/bydelene som har rapportert inn antall koordinatorer, ble det rapportert om totalt 9738 koordinatorer.

- I 238 av 349 kommuner (68 prosent) har 1 - 25 personer en rolle som koordinator.
 - Blant disse har flest kommuner mellom 1 og 5 koordinatorer og mellom 6 og 10 koordinatorer
- 52 kommuner (15 prosent) har mellom 26 - 50 koordinatorer
- 56 kommuner (15 prosent) har 51 koordinatorer eller flere

Det høyeste innrapporterte tallet er 300 koordinatorer. Kartleggingen viser forskjeller mellom kommunene. Det er flest koordinatorer i kommunene i Akershus (1116), etterfulgt av Hordaland (827), Oslo (821) og Rogaland (758). Fylkene med færrest koordinatorer er Aust- Agder (257), etterfulgt av Finnmark (264), Oppland (271) og Vest-Agder (277).

Det er flest koordinatorer som arbeider i psykisk helsetjeneste og hjemmetjenesten, etterfulgt av helsestasjonen. Totalt kommer det drøye 4000 koordinatorer fra disse tre tjenestene. Dette er i samsvar med hvilke tjenester som hyppigst er involvert i arbeidet med individuell plan.

Når det gjelder hvor mange brukere den enkelte koordinator har ansvar for å følge opp, har det store flertallet (87 prosent) ansvar for 1 - 5 brukere.

1.4 Anbefalinger

Den gjennomførte kartleggingen er ment som et kunnskapsgrunnlag vedrørende antallet individuelle planer i kommunene, antall koordinatorene, samt hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan. Dette kunnskapsgrunnlaget vil i fremtiden kunne brukes for å gjennomføre nye kartlegginger i kommunene.

Ettersom denne kartleggingen hadde et svært begrenset fokus for dermed å kunne oppnå høy deltakelse blant kommunene, er det flere interessante problemstillinger som ikke er belyst i kartleggingen. Basert på erfaringene med denne første kartleggingen har Rambøll følgende anbefalinger til Helsedirektoratet for fremtidige kartlegginger:

- **Kartlegge informasjon om brukergrupper** – Denne kartleggingen har ikke undersøkt hvilke brukergrupper som har individuell plan. Kartleggingen har fremskaffet informasjon om hvilke tjenester som inngår i arbeidet, samt hvilke tjenester koordinatorene kommer fra. Dette kan gi en pekepinn på hvilke brukergrupper arbeidet med individuell plan dreier seg om, ettersom ulike tjenester har ulike målgrupper. I en fremtidig kartlegging vil det være interessant å undersøke nærmere kjennetegn ved brukergruppen, som eksempelvis barn/voksne, hovedårsak til behov for sammensatte tjenester, samt tjenestebehov.
- **Undersøke nærmere samsvar mellom antall planer og antall personer som har behov/rett til IP** – Denne kartleggingen har gitt informasjon om hvor mange brukere som har IP i kommunene, sett opp mot innbyggertallet. Dette sier imidlertid lite om hvor mange brukere som har rett til å få utarbeidet individuell plan, hvorvidt enkelte som har fått tilbudet ikke ønsker individuell plan, og hvorvidt det er enkelte som ikke har fått tilbud om individuell plan, men som har rett til det.

Dette er problemstillinger som vil være interessant å undersøke i en fremtidig undersøkelse. Rambøll vil da anbefale å undersøke disse problemstillingene i form av en utvalgsundersøkelse i et representativt utvalg av kommuner, snarere enn gjennom en fulltelling som er gjort i denne kartleggingen, da det vil være mer krevende for kommunene å oppgi disse opplysningene.

Videre har Rambøll følgende anbefalinger til hvordan Helsedirektoratet kan fremskaffe ny og valid kunnskap om individuell plan:

- **Lengre svarfrist** – I denne kartleggingen satte vi i utgangspunktet en tre ukers svarfrist, i tillegg til at det ble sendt ut invitasjon om å delta én uke i forkant. En av disse ukene var også vinterferieuke, hvor enkelte av respondentene hadde ferie. En lav svarprosent medførte at vi holdt undersøkelsen åpen i fem uker. Tilbakemeldinger fra kommunene tilsier at en fremtidig kartlegging bør ha lengre svarfrist, eller at informasjon om at kartleggingen vil bli sendt ut kommer mer enn én uke i forkant av selve undersøkelsen.
- **Gjennomføre kvalitative dybdestudier i et utvalg kommuner** – Denne første kartleggingen er gjennomført utelukkende som en kvantitativ spørreundersøkelse. Henvendelser på telefon og e-post fra deltakerne i kommunene har imidlertid bidratt med innspill som har vært nyttige for å analysere funnene. I forbindelse med en fremtidig kartlegging vil det etter vår vurdering være verdifullt å supplere kvantitative data med kvalitative data fra et utvalg kommuner, nettopp for å få mer inngående innsikt i kartleggingens problemstillinger, som eksempelvis hvilke utfordringer kommunene har med å holde oversikt over antallet individuelle planer, kommentarer på definisjonen av virksomme individuelle planer, samt kommunal organisering som påvirker hvilke tjenester som inngår i planarbeidet.

Et av hovedfunnene fra kartleggingen er at mange kommuner ikke har en samlet oversikt over individuelle planer i kommunen.

- **Utvikle system for å ha oversikt** – En hovedårsak til at mange kommuner ikke har en samlet oversikt over individuelle planer er at de ikke har et datasystem eller journalsystem

hvor det fremkommer hvem som har individuell plan. Mange kommuner har elektroniske systemer for individuell plan, hvor det er mulig å hente ut denne informasjonen. Rambøll vil likevel anbefale at Helsedirektoratet hjelper kommunene i arbeidet med å holde oversikt, eksempelvis ved å synliggjøre gode erfaringer fra kommuner som har utviklet gode systemer for å holde oversikt over arbeidet med individuell plan.

I og med at det overordnede ansvaret for individuell plan legges⁵ til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og at kommunen blir forankringspunktet på tvers av fag sektorer og nivåer, er det grunn til å konkludere at koordinerende enhet vil være det riktige tellepunktet for å få oversikt på dette feltet.

⁵ Jfr forslag til ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene

2. INNLEDNING

Rambøll Management Consulting har gjennomført en kartlegging av individuelle planer (IP) i landets kommuner på oppdrag for Helsedirektoratet. Kartleggingen er gjennomført i perioden februar til april 2011.

2.1 Formål med kartleggingen

Formålet med kartleggingen av individuelle planer i kommunene er tredelt. For det første skal kartleggingen gi oversikt og kunnskap om antall virksomme individuelle planer i kommunene. Med virksomme planer menes individuelle planer der bruker har fått oppnevnt en koordinator og at planarbeidet derigjennom er igangsatt; at den skal være et aktivt verktøy for å koordinere tjenesteytingen til bruker; og at planen oppdateres regelmessig. For det andre skal kartleggingen gi kunnskap om koordinatorene og hvilken sektor de kommer og dernest hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan. Helsedirektoratet planlegger ny kartlegging av individuelle planer i 2012/2013 for å se på utviklingen.

2.2 Metodisk gjennomføring

I forkant av selve kartleggingen ble det sendt ut et invitasjonsbrev til samtlige kommuner ved rådmannen og leder for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Leder for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering ble sett på som riktig kontaktpunkt for denne kartleggingen, ettersom nasjonal veileder til forskrift om individuell plan foreslår å legge det overordnede ansvaret for individuell plan hit. Formålet med å sende ut invitasjonsbrev var å forankre kartleggingen tidlig i prosessen på høyt nivå i kommunen, og for å forberede kommunene på at kartleggingen ville komme.

Selve kartleggingen er gjennomført ved bruk av kvantitativ metode. Det ble sendt ut en elektronisk spørreundersøkelse til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i alle landets kommuner. I kommunene Oslo, Bergen og Stavanger er undersøkelsen besvart på bydelsnivå. Trondheim kommune, som også har bydeler, har besvart denne kartleggingen for hele kommunen samlet. Dette betyr at det totale antallet besvarelser ikke er i fullstendig samsvar med antallet kommuner og bydeler i landet.

Spørreundersøkelsen ble utviklet i samarbeid mellom Rambøll og Helsedirektoratet. Det var et mål å oppnå høy deltakelse i kartleggingen, og det ble derfor benyttet et svært kortfattet spørreskjema, hvor det ble foretatt en prioritering av hva det er størst behov for å fremskaffe kunnskap om. Spørreskjemaet inneholdt fem spørsmål, pluss tre tilleggsspørsmål hvor respondentene skulle oppgi hvorvidt de har oppgitt eksakte tall eller anslag. Spørsmålene omhandlet:

- Antall IP
- Antall koordinatører
- Tjenester som inngår i arbeidet med IP
- Hvilke tjenester koordinatorene kommer fra
- Antall brukere koordinatorene har ansvar for

Etttersom denne kartleggingen er den første som innhenter opplysninger om antall individuelle planer og antall koordinatører inneholdt spørsmålene åpne svarkategorier, snarere enn fastsatte kategorier. Når det gjaldt spørsmål om hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan, samt hvilke tjenester koordinatorene kommer fra, ble det utarbeidet en oversikt hvor respondentene skulle krysse av for de tjenestene som passet best i henhold til egen organisasjon.

Samlet oppnådde vi en svarprosent på 76,9. Dette er en høy nok svarprosent til at datamaterialet kan sies å være representativt for alle landets kommuner og bydeler. Det betyr likevel at ikke alle landets kommuner/bydeler har deltatt i kartleggingen, noe som medfører at kartleggingen ikke kan gi sikre tall om det totale antallet individuelle planer i landet.

I tabell 2-1 presenteres antall besvarelser og svarprosent per fylke, samt hvor stor andel av datamaterialet hvert fylke representerer og hvor stor andel av befolkningen i fylket som omfattes av datamaterialet.

Tabell 2-1 Antall besvarelser og svarprosent fordelt på fylke

Fylke	Antall besvarelser	Svarprosent	Andel av besvarelsene	Andel av befolkningen
Østfold	10	55,6 %	2,9 %	81,69 %
Akershus	19	86,4 %	5,4 %	93,53 %
Oslo	13	86,7 %	3,7 %	89,62 %
Hedmark	19	86,4 %	5,4 %	91,76 %
Oppland	16	61,5 %	4,6 %	64,20 %
Buskerud	16	76,2 %	4,6 %	80,40 %
Vestfold	11	78,6 %	3,2 %	94,16 %
Telemark	14	77,8 %	4,0 %	92,08 %
Aust-Agder	10	66,7 %	2,9 %	83,03 %
Vest-Agder	13	86,7 %	3,7 %	90,03 %
Rogaland	23	79,3 %	6,6 %	56,29 %
Hordaland	30	75,0 %	8,6 %	45,23 %
Sogn og Fjordane	22	84,6 %	6,3 %	88,87 %
Møre og Romsdal	30	83,3 %	8,6 %	82,62 %
Sør-Trøndelag	20	80,0 %	5,7 %	91,67 %
Nord-Trøndelag	20	83,3 %	5,7 %	89,28 %
Nordland	28	63,6 %	8,0 %	51,64 %
Troms	19	76,0 %	5,4 %	71,45 %
Finnmark	16	84,2 %	4,6 %	91,76 %
I alt	349	76,9 %	100,0 %	78,44 %

Som det fremkommer av tabell 2-1 er kommuner fra alle landets fylker representert i datamaterialet. Det varierer imidlertid hvor mange kommuner fra hvert fylke som er representert (antall besvarelser). Enkelte fylker er representert med 10 kommuner, mens andre er representert ved 30 kommuner. Mer interessant er det å se på svarprosenten, som sier noe om andelen av kommunene/bydelene i hvert fylke som har deltatt i kartleggingen. Her ser vi at den høyeste svarprosenten ligger på 86-87 prosent, i fylkene Akershus, Oslo, Hedmark og Vest-Agder. Den laveste svarprosenten finner vi i Østfold, hvor 55,6 prosent av kommunene har deltatt i kartleggingen.

Videre viser tabell 2-1 hvor stor andel av datamaterialet hvert fylke utgjør. Her ser vi at Østfoldskommuner utgjør den minste andelen (2,9 prosent), mens kommuner i Møre og Romsdal utgjør den største andelen (8,0 prosent). Dette henger både sammen med det totale antallet kommuner i hvert fylke og svarprosenten blant kommunene i fylket.

I kolonnen lengst til høyre fremkommer det også en beregning av hvor stor andel av befolkningen som er representert i hvert fylke. Denne utregningen er foretatt på bakgrunn av det samlede innbyggertallet i kommunene som har deltatt i kartleggingen fra hvert fylke dividert med det samlede innbyggertallet for alle kommunene i fylket. Som beregningsgrunnlag er det benyttet statistikk fra SSB over innbyggertall per 1. januar 2011⁶.

I tabell 2-2 fremkommer også en oversikt over kommunestørrelsen blant kommunene/bydelene som inngår i datamaterialet.

⁶ SSB, <http://www.ssb.no/utlstat/>

Tabell 2-2 Antall besvarelser fordelt på kommunistørrelse

	Antall besvarelser	Svarprosent	Andel av besvarelsene
Under 5000	171	73,1 %	49,0 %
5000 - 20000	115	77,8 %	33,0 %
Over 20000	63	87,5 %	18,1 %
I alt	349	76,9 %	100,0 %

Som kolonnen "Andel av besvarelsene" i tabell 2-2 viser, inneholder datamaterialet flest besvarelser fra små kommuner med under 5000 innbyggere (49,0 prosent). Dermed er mellomstore kommuner med mellom 5000 og 20 000 representert ved 33,0 prosent av kommunene, mens store kommuner med over 20 000 innbyggere utgjør 18,1 prosent av datamaterialet.

Svarprosenten sier noe om hvor stor andel av kommunene i hver av befolkningskategoriene som er representert i datamaterialet. Her ser vi at det er høyest deltakelse blant store kommuner (med over 20 000 innbyggere), hvor 87,5 prosent av kommunene/bydelene har besvart undersøkelsen. Dette betyr at selv om det er færrest store kommuner i datamaterialet, er disse forholdsvis godt representert. Blant mellomstore kommuner har 77,8 prosent deltatt i kartleggingen. Det er lavest andel små kommuner som har deltatt i kartleggingen, 73,1 prosent. De små kommunene utgjør likevel den største andelen av datamaterialet, fordi det er flest kommuner i denne befolkningskategorien.

Generelt var kommunene positive til å delta i undersøkelsen. Den høye svarprosenten er en indikator på dette. I tillegg fikk vi tilbakemelding fra flere kommuner om at kartleggingen er av verdi for kommunen selv, ettersom mange kommuner ikke hadde oversikt over antall individuelle planer. Kartleggingen bidro dermed også til å sette i gang telling av individuelle planer i kommunene.

2.3 Frafallsanalyse

En samlet svarprosent på 76,9 % innebærer at 13,1 prosent av kommunene/bydelene ikke har deltatt i kartleggingen. Gjennom oppfølging av kommunene både via telefon og via e-post har vi fått god innsikt i hva som kan være årsaker til at enkelte kommuner og bydeler ikke har besvart undersøkelsen:

- Utfordrende å koordinere besvarelsene fra ulike enheter i kommunen**

En av de hyppigste tilbakemeldingene var at ulike kommunale enheter sitter med oversikt over brukere som har individuell plan, og at det ikke finnes noen samlet oversikt over det samlede antallet individuelle planer. Det at ulike enheter har oversikt over datamaterialet som ble etterspurt i kartleggingen krever koordinering internt i kommunen. Dette var utfordrende å få til i enkelte kommuner. Dette kan være knyttet til at enkelte sentrale personer var borte fra arbeid i kartleggingsperioden, eksempelvis som følge av permisjon, sykdom eller ferie. Det kan også være knyttet til at enkelte enheter har brukt lang tid på å oversende sine opplysninger til kontaktpersonen, eller at ikke alle enheter har hatt oversikt over antallet individuelle planer og koordinatører.
- Kommunen/bydelen/enkelte enheter mangler oversikt**

En annen hyppig årsak til at enkelte kommuner ikke har besvart undersøkelsen, kan være at den informasjonen som ble etterspurt ikke finnes lagret, altså at kommunen mangler oversikt. Her kan det også forekomme at en eller flere enheter ikke har oversikt, som nevnt ovenfor, som igjen medfører at kommunen ikke får levert noen samlet besvarelse som følge av dette.
- Systemansvaret for individuell plan er ikke tydelig plassert i kommunen**

Vi fikk også tilbakemeldinger fra noen kommuner om at det ikke er noen bestemt person eller enhet som har oversikt over individuell plan og koordinatører. Dette betyr at systemansvaret for individuell plan ikke er tydelig plassert, slik det ifølge veilederen til forskriften bør være, i en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

- **Kontaktpersonen vi fikk oppgitt var ikke ansvarlig for individuell plan - noen har videresendt henvendelsen til andre i kommunen**
En mulig årsak til at kommuner/bydeler ikke har besvart kartleggingen kan også være at vi hadde feil kontaktopplysninger. Vi fikk flere tilbakemeldinger om at adressaten ikke var riktig, men at e-posten var blitt videresendt til en annen person i kommunen/bydelen. I de fleste tilfeller fikk vi oppgitt dennes kontaktinformasjon. Vi kan imidlertid ikke utelukke at dette gjelder flere kommuner/bydeler, noe som betyr at det kan hende at undersøkelsen ikke har nådd frem til rette vedkommende. Informasjonsbrevet fra Helsedirektoratet til rådmannen burde likevel være med på å redusere omfanget av dette.
- **Ikke tid/kapasitet til å svare**
Enkelte oppga også at de ikke hadde tid eller kapasitet til å delta i kartleggingen. De begrunnet dette med at deres funksjon som leder for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering kom i tillegg til stillingsandeler i andre stillinger (eksempelvis fysioterapeut eller helsesøster).
- **Mange ønsket lengre svarfrist for å lage oversikten**
Vi fikk også flere henvendelser fra kommuner/bydeler som ønsket forlenget svarfrist i kartleggingen. Årsaken til dette var i hovedsak at kommunen ikke hadde oversikt over de opplysningene som ble etterspurt, og at de trengte tid for å lage denne oversikten. Også etter at spørreundersøkelsen var lukket ble vi kontaktet av kommuner som ønsket å besvare den. Dette tyder på at kommunene generelt var positive til å delta i undersøkelsen, men at de hadde behov for lengre tid enn hva som var satt av i denne kartleggingen.

2.4 Leserveiledning

Rapporten er bygd opp på følgende måte:

I **kapittel 3** redegjør vi i korte trekk for hva individuell plan er.

I **kapittel 4** presenterer vi funn knyttet til antall individuelle planer, samlet for landet fordelt på kommunestørrelse, samt fylkesvise oversikter.

I **kapittel 5** presenterer vi funn knyttet til organisering av planarbeidet, herunder hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan.

I **kapittel 6** presenterer vi funn vedrørende koordinatorene, herunder hvor mange personer som har en rolle som koordinator samlet per fylke, samt hvilke tjenester koordinatorene arbeider i og hvor mange brukere de har koordinatoransvar for.

3. OM INDIVIDUELL PLAN

Retten til individuell plan har vært gjeldende siden 2001, da den ble rettighetsfestet i Lov om pasientrettigheter § 2-5: *“Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern”*⁷. Påfølgende har retten til individuell plan også blitt hjemlet i Lov om sosiale tjenester (2005)⁸, Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (2006)⁹ og Lov om barneverntjenester¹⁰. Retten til individuell plan er uavhengig av diagnose og alder, men ordningen er frivillig og den enkelte bruker skal samtykke i at det utarbeides en individuell plan. Retten gjelder selv om brukeren mottar tjenester fra kun ett forvaltningsnivå, for eksempel kommunen. Brukere med svært ulikt tjenestebehov kan ha rett til en individuell plan, så lenge de har et langvarig behov for ulike typer tjenester. Dette gjelder eksempelvis mennesker med nedsatt funksjonsevne, enten medfødt eller som følge av sykdom eller ulykke, mennesker med rusmiddelproblemer, mennesker med psykiske helseproblemer.

En individuell plan skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom brukeren og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Den skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, samt at planen skal sikre brukerens og eventuelle pårørendes deltagelse i planleggingen og utformingen av tjenestetilbudet. Det finnes ingen nasjonal mal for hvordan en individuell plan skal se ut, og utformingen av planen varierer mellom kommunene. De fleste kommuner har egne maler som gjør at alle individuelle planer ser like ut. Generelt sett består den av hovedmål, delmål, instanser man har kontakt med, kontaktinfo, ansvarsfordeling og tidsplan. Individuell plan er et viktig instrument for å sikre brukere gode tjenester og medvirkning i prosessen med utarbeiding av planen. Dette underbygges av erfaringer som tilsier at det ikke er selve plandokumentet som er det viktigste, men veien fram til planen¹¹. Dersom tjenestemottaker har behov for tjenester fra tjenesteytere som ikke er lovpålagt å utarbeide en individuell plan, som for eksempel innen skole og barnehage, skal disse likevel delta i samarbeid med ansvarlig enhet¹².

3.1 Overordnet ansvar for individuell plan – koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Arbeid knyttet til individuell plan er ett av de mest sentrale ansvarsområdene til kommunenes koordinerende enhet. Dette kom fram i Rambølls undersøkelse av koordinerende enhet¹³ i et lite utvalg kommuner i 2010, og er i tråd med nasjonale føringer. Blant kommunene som inngikk i undersøkelsen ble søknader/henvendelser om igangsetting av individuell plan rettet til koordinerende enhet. Det overordnede ansvaret for individuell plan innbærer blant annet å lage rutiner for arbeidet med individuell plan i kommunen, å ha ansvaret for opplæring av ansatte og å ha oversikt over antall planer.

Rambølls erfaring tilsier at overordnet ansvar for individuell plan generelt sett ivaretas av koordinerende enhet. En gjennomgang av hvilke roller koordinerende enhet ivaretar fra 2009¹⁴ understøtter også dette forholdet, ettersom en betydelig andel koordinerende enheter oppgir å ha systemansvar for individuell plan. Det finnes likevel unntak som beror på at koordinerende enhet er ulikt organisert fra kommune til kommune. Forskrift for habilitering og rehabilitering § 8

⁷ Lov om pasientrettigheter, http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-19990702-063.html&emne=pasient*&&

⁸ Lov om sosiale tjenester, http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-19911213-081.html&emne=sosialtjeneste*&&

⁹ Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-20060616-020.html&emne=nav*&&

¹⁰ Lov om barneverntjenester, http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-19920717-100.html&emne=barnevern*&&

¹¹ IS-1699, “Hva skjedde i 2008? Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011”. Helsedirektoratet

¹² Forskrift om individuell plan § 6, <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-20041223-1837-0.html#6>

¹³ Rambøll Management Consulting, 2009, “Perspektiver på god praksis – en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner”,

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00283/Perspektiver_p__god_283159a.pdf

¹⁴ Synovate, 2009, Undersøkelse av rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering,

påpeker at koordinerende enhet ikke må være en egen organisasjonsenhet (som navnet kan indikere). Koordinerende enhet kan heller betraktes som en *funksjon* som kan ivaretas på ulike måter. Det blir foreslått at den kan organiseres gjennom et fast og overordnet tverrfaglig team; med en egen koordinatorstilling opprettet for nettopp dette formålet; eller gjennom den ordinære virksomheten, for eksempel gjennom en egen fagseksjon eller avdeling eller ved kommunefysioterapeut eller kommuneergoterapeut¹⁵. Dette handlingsrommet, og andre organisatoriske forhold, medfører at kommunene har organisert sine koordinerende enheter svært ulikt, noe som gjør at de også kan ha ulike forutsetninger for å holde i det overordnede ansvaret for individuelle planer. I små kommuner kan det være enkeltpersoner som gjennom en del av sin ordinære stilling, som eksempelvis fysioterapeut, ivaretar ansvaret, mens det i andre kommuner er opprettet egne enheter som ivaretar ansvarsområdene gjennom for eksempel tjenestekontor. Her kan det være flere ansatte. I enkelte kommuner er det også gjennomført omorganiseringer som har medført at systemansvaret for individuell plan og koordinerende enhet ikke ligger under samme enhet. Det overordnede ansvaret for individuell plan er da tilknyttet personer med erfaring på feltet. Etter Rambølls erfaring er det i disse tilfeller tett samarbeid mellom koordinerende enhet og disse personene.

I forslaget til ny helse- og omsorgslov i kommunene som ble lagt frem for Stortinget våren 2011, er det foreslått at koordinerende enhet sitt overordnede ansvar for individuell plan blir hjemlet i lov. Dette innebærer en styrking av det arbeidet som allerede er godt i gang. Med dette som utgangspunkt, og at det er kommunene som er forankringspunktet for slik koordinering på tvers av fag, sektorer og nivåer, vil det også være naturlig at det er koordinerende enhet i kommunene som er riktig instans for å rapportere om status på dette området, slik man tester ut gjennom denne undersøkelsen.

3.2 Koordinator

Det skal til enhver tid være én tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt med brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren. Denne personen kalles en *koordinator*¹⁶. Den tjenesteenheten som er mest involvert i brukerens tjenestetilbud har i de fleste tilfeller ansvaret for å finne person som kan være koordinator. I en tidligere undersøkelse som Rambøll har gjennomført¹⁷ har det fremkommet at det å få ansatte til å påta seg rollen som koordinator kan oppleves som utfordrende i enkelte kommuner. I enkelte kommuner har koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering fått mandat til å oppnevne koordinator.

Brukere med rett til individuell plan har ofte store og sammensatte behov. Det gjelder blant annet rusmisbrukere og mennesker med store psykososiale problemer og utfordringer. Mange NAV-kontor består av både ansatte fra kommunale og statlige stillinger, og i tidligere oppdrag har Rambøll fått tilbakemeldinger om at det kan være en utfordring å få tidligere statlige ansatte til å påta seg koordinatorrollen.

Den samme problematikken finnes igjen i skole- og oppvekstsektoren. Årsakene til dette kan tenkes å ligge i overordnet organisering, som delingen mellom helse- og omsorgssektoren og skole- og oppvekstsektoren. Denne grunnleggende ansvarsdelingen medfører blant annet at selv om mange lærere ser barnet hver dag, tenker de ikke på seg selv som sentrale aktører når det gjelder barnets *helse*. Et annet aspekt knyttet til å få ansatte inn i en koordinatorrolle er at oppgaven oppleves å komme i tillegg til ordinære ansvarsoppgaver. Ansatte kan derfor oppleve koordinatorrollen som en ekstra belastning som går på bekostning av kvaliteten på arbeidet. En mulig løsning på utfordringene med å få ansatte til å ta på seg rollen som koordinator kan være bedre opplæring. Koordinatorer Rambøll har snakket med i tidligere oppdrag viser til at dette er et viktig element for å tilegne seg nødvendig kunnskap for å gripe oppgaven fatt på en god måte, og gjennom det også utvikle troen på at de mestrer oppgaven.

¹⁵ Forskrift om habilitering og rehabilitering, merknader til § 8, annet ledd, <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20010628-0765.html#map005>

¹⁶ Forskrift om individuell plan

¹⁷ Rambøll, 2010. "Perspektiver på god praksis – en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering"

3.3 Ansvarsgruppe

For brukere som har behov for hjelp fra flere enn to tjenester/etater, og som ønsker det, kan det også opprettes en *ansvarsgruppe*. En ansvarsgruppe er et formalisert og tidsavgrenset samarbeidsforum for bruker/pårørende og tjenesteutøvere. Ansvarsgruppen kan benyttes for å strukturere arbeidet rundt individuell plan når *samarbeid utenom faste kanaler er nødvendig*. Tjenesteutøvere i ansvarsgruppen bidrar med de tiltak de har myndighet til å iverksette i kraft av sin stilling. Ansvarsgruppen har alltid en *hovedkontakt*, og bruker/pårørende er fast deltaker i gruppen¹⁸.

3.4 Fylkesmannens rolle

En av fylkesmennes viktigste oppgave er å holde tilsyn med at kommunene etterlever lover og regler. De skal også veilede kommunene etter behov. Gjennom embetsoppdraget tillegges fylkesmennene i oppdrag å gi råd og veiledning til kommunene og å følge med i kommunenes arbeid med å implementere forskrift om individuell plan¹⁹. Fylkesmennene skal også bistå kommunene med å etablere prosedyrer som sørger for at de som har rett til individuell plan, får det. Fylkesmannen har tilsvarende rolle i forhold til å følge opp og bistå kommunene og helseforetakene i arbeidet med utvikling av gode koordinerende enheter.

3.5 Status

Per i dag finnes det ingen nasjonale tall på hvor mange brukere som har fått utarbeidet en individuell plan. Den eneste form for systematisk kartlegging av individuelle planer er den som gjøres gjennom registreringen i IPLOS (Individbasert pleie og omsorgsstatistikk) hvor det registreres om brukeren av pleie og omsorgstjenester tjenester har en individuell plan. Det finnes heller ingen anslag på hvor mange brukere som har behov for en individuell plan. Et nasjonalt tilsyn fra 2006 avdekket imidlertid at omlag 30 % av kommunene ikke oppfylte lovkravene knyttet til arbeid med individuell plan. Det finnes også andre utvalgsundersøkelser som understøtter en antagelse om at ikke alle brukere som har rett til individuell plan får tilbud om dette²⁰.

Det finnes også statistikk fra spesialisthelsetjenesten for noen pasientgrupper, eksempelvis innen barnehabilitering, BUP og private rehabiliteringsinstitusjoner. Disse tallene gir imidlertid bare informasjon knyttet til pasienter som har vært innom spesialisthelsetjenesten.

Den store variasjonen mellom kommunene med hensyn til organisering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, samt plassering av overordnet ansvar/systemansvar for individuell plan understreker viktigheten av å framskaffe kunnskap om individuelle planer i landets kommuner. Slik kunnskap vil synliggjøre betydningen av variasjonene blant koordinerende enhet som systemansvarlig instans, og vil dessuten innbære innsikt om i hvilken grad bruken av individuelle planer har påvirket de tjenester som brukere har mottatt i tiårsperioden siden individuell plan ble innført. Denne undersøkelsen vil kunne danne grunnlag for fremtidige undersøkelser på området, og utgjøre et kunnskapsgrunnlag for Fylkesmennene i sin oppfølging av kommunene.

¹⁸ Ansvarsgruppemodellen, Trondheim kommune

¹⁹ Nasjonal plan for habilitering og rehabilitering (2008 – 2011),

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/S%C3%A6rtrykk%20av%20St.prp.nr.1%20kapittel%209.pdf>

²⁰ Helsedirektoratet, IS-1672 Rapport "Jeg har en plan! Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan"

4. ANTALL INDIVIDUELLE PLANER

Dette er første gang det gjennomføres en kartlegging av antallet individuelle planer relatert til hele befolkningen. I praksis innebærer dette en kartlegging av antallet brukere som har individuell plan. Helsemyndighetene har imidlertid påpekt at det fortsatt er mange som har rett til individuell plan som ikke får det. Dette er fortsatt en utfordring for alle instanser som har forpliktelser i forhold til dette både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

I kartleggingen ba vi kommunene om å rapportere på antallet *virksomme individuelle planer*. Følgende definisjon ble benyttet:

“Med virksomme planer menes individuelle planer der bruker har fått oppnevnt en koordinator og at planarbeidet derigjennom er igangsatt; at den skal være et aktivt verktøy for å koordinere tjenesteytingen til bruker; og at planen oppdateres regelmessig”

I dette kapitlet presenteres funn fra denne første kartleggingen av hvor mange individuelle planer som finnes i Norges kommuner. Datamaterialet baserer seg på opplysninger gitt av 349 kommuner og bydeler, noe som tilsvarer 76,9 % av alle landets kommuner og bydeler. Dette betyr at datamaterialet ikke inkluderer alle individuelle planer i hele landet. Likevel er datamaterialet såpass stort at det gir grunnlag for å gjennomføre estimeringer av hvordan bildet sannsynligvis ville sett ut dersom alle kommunene og bydelene hadde deltatt i kartleggingen.

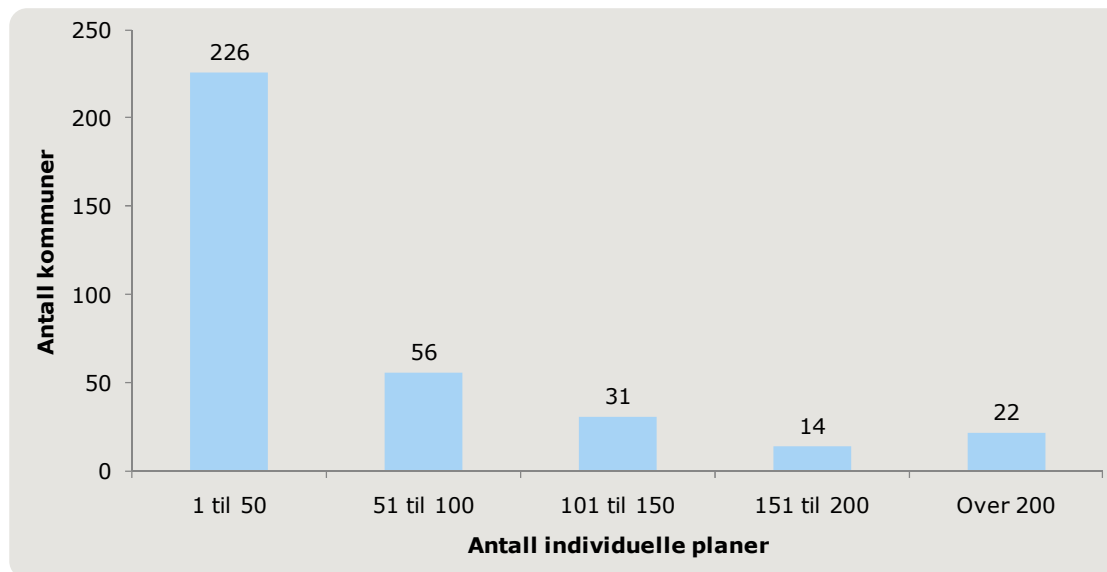
I dette kapitlet ser vi også nærmere på forskjeller i antallet individuelle planer mellom kommuner med ulikt innbyggertall, henholdsvis små (under 5000 innbyggere), mellomstore (mellom 5001 og 20 000 innbyggere) og store kommuner (over 20 000 innbyggere), samt forskjeller mellom fylker.

4.1 Antall individuelle planer totalt

Blant de 349 kommunene/bydelene som har rapportert inn antall individuelle planer, ble det rapportert om totalt 22 002 individuelle planer. Dette betyr at det samlet er 22 002 brukere som har individuell plan.

Antallet individuelle planer i kommunene totalt sier imidlertid lite om hvor mange individuelle planer de ulike kommunene/bydelene har. For å få et mer presist bilde av antallet individuelle planer i kommunene, har vi kategorisert antall individuelle planer i kategorier med intervaller på 50. I figur 4-1 fremkommer det hvor mange kommuner som har et gitt antall individuelle planer.

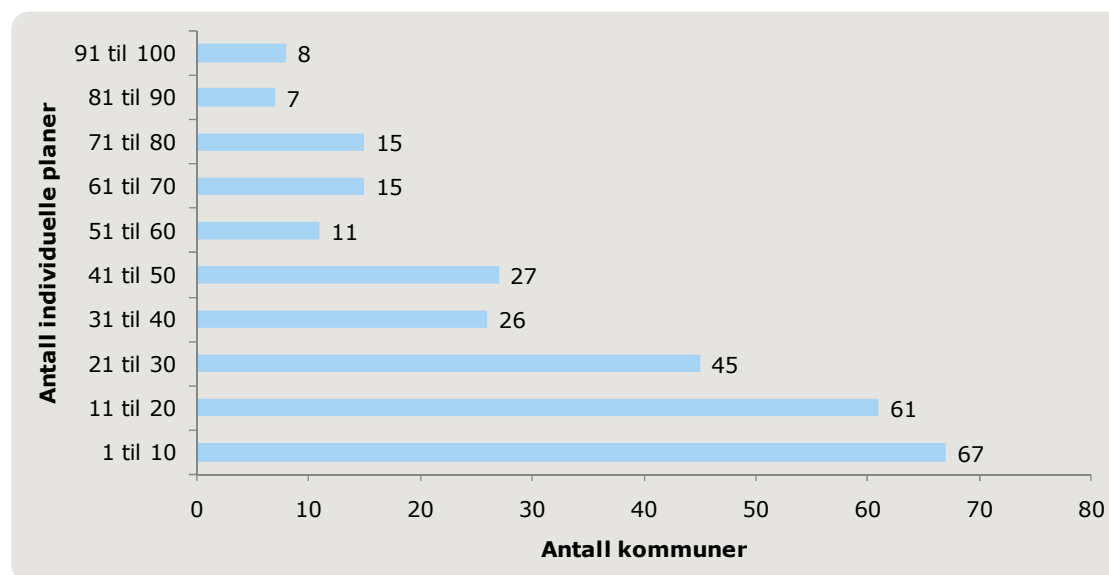
Figur 4-1 Antall individuelle planer totalt per mars 2011



Som det fremkommer av figur 4-1 har 226 av 349 kommuner (65 prosent) mellom 1 og 50 individuelle planer. Videre har 56 kommuner (16 prosent) mellom 51 og 100 individuelle planer. Utover dette er det 47 kommuner (13 prosent) som har over 100 individuelle planer. Blant disse har 31 (9 prosent) mellom 100 og 151 individuelle planer, 14 (4 prosent) har mellom 151 og 200 individuelle planer og 22 (6 prosent) har over 200 individuelle planer. Det høyeste innrapporterte antallet individuelle planer er 800.

Ettersom majoriteten av kommunene har mellom 1 til 50 og 51 til 100 individuelle planer har vi laget en egen figur som synliggjør hvordan antallet individuelle planer fordeler seg på intervaller på 10 innenfor disse kategoriene. Dette fremkommer av figur 4-2.

Figur 4-2 Antall individuelle planer per mars 2011, 0-100



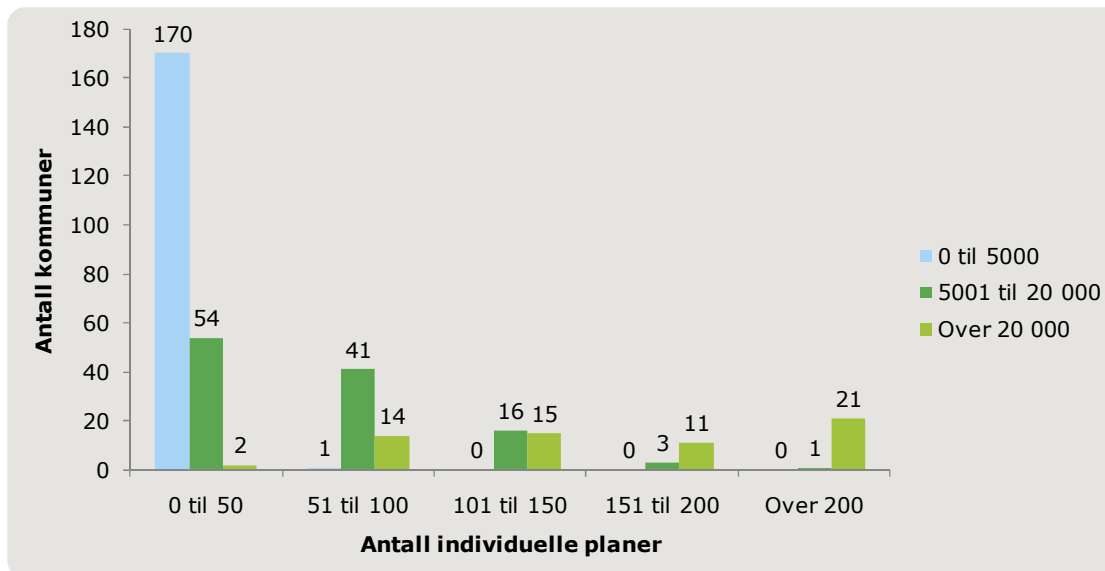
Som figur 4-2 viser, forekommer det hyppigst at kommunene har mellom 1 til 10 og mellom 11 til 20 individuelle planer. Dette gjelder samlet for 128 kommuner (37 prosent), hvorav 67 kommuner (19 prosent) har 1 til 10 individuelle planer og 61 kommuner (17 prosent) har 11 til 20 individuelle planer. Utover dette har 45 kommuner (13 prosent) 21 til 30 individuelle planer, 26 kommuner (7 prosent) har 31 til 40 individuelle planer og 27 kommuner (8 prosent) har 41 til 50 individuelle planer. Blant de 56 kommunene som har 50 til 100 individuelle planer er dette relativt jevnt fordelt mellom intervallene (2 til 4 prosent av kommunene).

4.2 Antall individuelle planer fordelt på kommunestørrelse

Antallet individuelle planer i hver kommune/bydel henger naturligvis sammen med innbyggertallet, slik at det er flest individuelle planer i kommuner/bydeler med mange innbyggere. Blant de 171 kommunene med 0 til 5000 innbyggere som deltok i kartleggingen er det totalt 2872 individuelle planer. Videre ser vi at det blant de 115 kommunene med 5001 til 20000 innbyggere totalt er 7215 individuelle planer, mens det blant de 63 kommunene med over 20 000 innbyggere totalt er 11 915 individuelle planer.

I figur 4-3 illustreres det hvor mange individuelle planer som finnes blant kommuner fordelt på de tre kommunestørrelseskategoriene 0 – 5000, 5001 til 20 000 og over 20 000.

Figur 4-3 Antall individuelle planer fordelt på kommunistørrelse per mars 2011



I figur 4-3 representerer blå søyle kommuner med 0 – 5000 innbyggere, mørkegrønn søyle representerer kommuner med mellom 5001 – 20 000 innbyggere, mens lysegrønn søyle representerer kommuner med over 20 000 innbyggere.

Figuren synliggjør at det blant alle unntatt én (99 prosent) av de små kommunene er mellom 0 og 50 individuelle planer. Blant denne gruppen er det én kommune (1 prosent) som har mellom 51 og 100 individuelle planer. Ingen små kommuner har over 100 individuelle planer.

Blant mellomstore kommuner er det også flest kommuner som har mellom 0 og 50 individuelle planer. Dette gjelder 54 kommuner (47 prosent). Videre er det 41 kommuner (36 prosent) som har 51 til 100 individuelle planer, 16 kommuner (14 prosent) som har 101 til 150 individuelle planer, 3 kommuner (3 prosent) som har 151 til 200 individuelle planer og 1 kommune (1 prosent) som har over 200 individuelle planer.

Blant de store kommunene/bydelene er det flest kommuner/bydeler som har over 200 individuelle planer. Dette gjelder 21 kommuner (33 prosent). Dernest har 15 kommuner/bydeler (24 prosent) 101 til 150 individuelle planer, 14 kommuner/bydeler (22 prosent) har 51 – 100 individuelle planer, 11 kommuner/bydeler (17 prosent) har 151 til 200 individuelle planer, mens 2 kommuner/bydeler (3 prosent) har mellom 0 og 50 individuelle planer.

4.3 Antall individuelle planer fordelt etter fylke

Vi har også gjort analyser av fordelingen av antallet individuelle planer i kommunene i de ulike fylkene. Disse viser at antallet individuelle planer varierer mye mellom fylkene. Antallet individuelle planer i fylkene må ses i sammenheng med innbyggertall og andel kommuner/bydeler som har deltatt i kartleggingen. I tabell 4-1 fremstilles informasjon om antall individuelle planer per fylke sett opp mot det samlede innbyggertallet i fylket og det samlede innbyggertallet blant de kommunene som har deltatt i kartleggingen.

Tabell 4-1 Antall individuelle planer per fylke per mars 2011

Fylke	Antall IP	Andel deltakende kommuner/bydeler	Innbyggertall totalt	Innbyggertall blant deltakende kommuner	Andel av befolkningen	Innbyggere per IP	Andel av innbyggere som har IP
Østfold	1061	10 av 18	274827	224517	81,69 %	212	0,47 %
Akershus	2372	19 av 22	545653	510323	93,53 %	215	0,47 %
Oslo	2602	13 av 15	599230	537003	89,62 %	206	0,49 %
Hedmark	1422	19 av 22	191622	175826	91,76 %	124	0,81 %
Oppland	727	16 av 26	186087	119467	64,20 %	164	0,61 %
Buskerud	1060	16 av 21	261110	209920	80,40 %	198	0,51 %
Vestfold	918	11 av 14	233705	220053	94,16 %	240	0,41 %
Telemark	973	14 av 18	169185	155783	92,08 %	160	0,63 %
Aust Agder	542	10 av 15	110048	91369	83,03 %	169	0,59 %
Vest Agder	1045	13 av 15	172408	155221	90,03 %	149	0,67 %
Rogaland	1766	23 av 29	436087	245484	56,29 %	139	0,72 %
Hordaland	1618	30 av 40	484240	219044	45,23 %	135	0,74 %
Sogn og Fjordane	762	22 av 26	107742	95753	88,87 %	126	0,79 %
Møre og Romsdal	895	30 av 36	253904	209769	82,62 %	234	0,43 %
Sør-Trøndelag	1436	20 av 25	294066	269576	91,67 %	188	0,53 %
Nord-Trøndelag	838	20 av 24	132140	117973	89,28 %	141	0,71 %
Nordland	683	28 av 44	237280	122535	51,64 %	179	0,56 %
Troms	646	19 av 25	157554	112576	71,45 %	174	0,57 %
Finnmark	636	16 av 19	73417	67368	91,76 %	106	0,94 %
Totalt	22 002	349 av 454	4 920 305	3 859 560	78,44 %	172	0,58 %

I tabell 4-1 fremkommer det en fylkesvis oversikt over antallet individuelle planer som er rapportert inn fra kommunene som har deltatt i denne kartleggingen.

Kolonnen "*Antall IP*" viser hvor mange individuelle planer som er rapportert inn fra de kommunene/bydelene i hvert fylke som deltok i undersøkelsen. Når det gjelder bydeler inkluderer datamaterialet bydeler i fylkene Oslo, Rogaland og Hordaland. For Sør-Trøndelag har Trondheim rapportert inn individuelle planer for hele kommunen samlet.

Kolonnen "*Andel deltakende kommuner/bydelen*" gir informasjon om hvor mange kommuner/bydeler som har deltatt i kartleggingen i hvert fylke. I Østfold, for eksempel, har 10 av fylkets 18 kommuner deltatt i undersøkelsen.

Kolonnen "*Innbyggertall totalt*" viser det totale innbyggertallet i hvert fylke. Denne informasjonen er hentet fra SSBs oversikt over befolkningstall 1.1.2011²¹.

Kolonnen "*Innbyggertall blant deltakende kommuner*" gir oversikt over det samlede innbyggertallet i de kommunene som har deltatt i kartleggingen fra hvert fylke. For Østfold, for eksempel, er dette det samlede innbyggertallet i de 10 kommunene i fylket som har deltatt i kartleggingen.

Kolonnen "*Andel av befolkningen*" gir oversikt over den prosentvise andelen av befolkningen i hvert fylke som omfattes av denne kartleggingen. Dette er regnet ut fra innbyggertall blant deltakende kommuner dividert med innbyggertall totalt for hvert fylke. For Østfold betyr dette at 81,69 prosent av befolkningen i fylket bor i de kommunene som har deltatt i denne kartleggingen. Således representerer de 1061 individuelle planene i fylket 81,69 prosent av befolkningen.

I kolonnen "*Innbyggere per IP*" fremkommer forholdet mellom antallet individuelle planer og innbyggertallet i fylket. Dette er regnet ut ved å dividere det innrapporterte antallet individuelle planer i fylket med innbyggertallet blant de deltakende kommunene i fylket. For Østfold betyr dette at 1 per 212 innbyggere har individuell plan.

I kolonnen "*Andel av befolkningen som har IP*" har vi regnet om forholdet mellom antallet individuelle planer og innbyggertallet i fylket til prosent. For Østfold betyr dette at 0,47 prosent av innbyggerne i fylket har individuell plan.

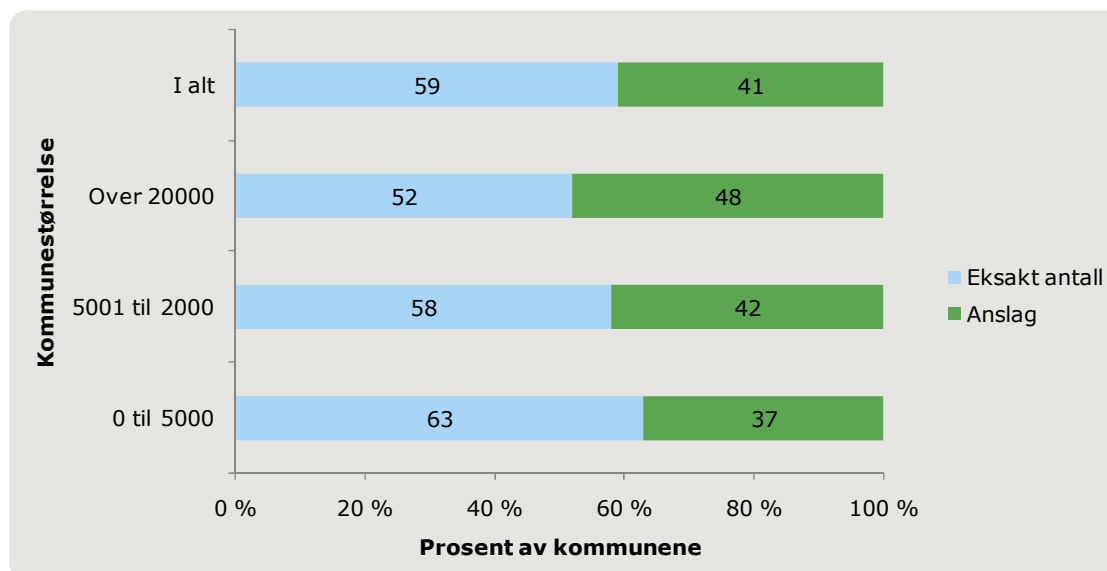
Tabell 4-1 viser at datamaterialet representerer 78,44 prosent av befolkningen. Dette betyr at de 22 002 innrapporterte individuelle planene fordeles på 78,44 prosent av befolkningen i Norge. Det totale antallet individuelle planer vil derfor være høyere, noe vi skal se nærmere på i avsnitt 4.5. Videre viser tabell 4-1 at det i gjennomsnitt er en individuell plan per 172 innbyggere. Dette betyr at 1 av 172 innbyggere har individuell plan. Omregnet til prosent betyr dette at 0,58 prosent av befolkningen har individuell plan. Tabellen viser at dette tallet varierer i stor grad mellom fylkene. Det er flest individuelle planer i forhold til folketall i Finnmark, hvor det er én individuell plan per 106 innbyggere. Dette betyr at 0,94 prosent av befolkningen i Finnmarkskommunene har individuell plan. Videre viser tabell 4-1 at det er færrest individuelle planer i forhold til folketall i Vestfold, hvor det er én individuell plan per 240 innbyggere, noe som utgjør 0,41 prosent av befolkningen.

4.4 Datamaterialets validitet

Både Rambøll og Helsedirektoratet er kjent med at det kan være utfordrende for kommunene å ha en eksakt oversikt over antallet individuelle planer i kommunen. For å oppnå høy deltakelse også blant kommuner som ikke har eksakte tall på dette, åpnet vi derfor for muligheten for å oppgi et anslag på antallet individuelle planer i kommunen. Respondentene ble bedt om å oppgi hvorvidt de har innrapportert eksakt antall individuelle planer eller et anslag. Dette gir en pekepinn på datamaterialets validitet. I figur 4-4 fremkommer denne informasjonen.

²¹ Statistisk sentralbyrå (SSB), <http://www.ssb.no/utlstat/>

Figur 4 -4 "Er dette et eksakt antall individuelle planer eller et anslag?" kryset med kommunestørrelse



Som figur 4-4 viser, har totalt 59 prosent av kommunene oppgitt eksakt antall individuelle planer i sin kommune. Skiller man mellom kommuner med ulik kommunestørrelse, ser vi at en større andel blant små kommuner (0 – 5000 innbyggere), 63 prosent, har oppgitt eksakt antall planer, etterfulgt av mellomstore kommuner (5001 til 20 000 innbyggere), en andel på 58 prosent. Blant store kommuner (over 20 000 innbyggere) har en lavere andel, 52 prosent, oppgitt eksakt antall individuelle planer.

Disse forskjellene med hensyn til innbyggertall kan skyldes flere forhold. For det første er det flere personer i store kommuner som har individuell plan, noe som kan gjøre det mer krevende å holde oversikt over hvor mange dette gjelder til en hver tid. For det andre er det naturlig at store kommuner har en mer kompleks organisering på sine tjenester sammenlignet med mindre kommuner, noe som også kan medføre at det er flere involverte tjenesteytere som er involvert i arbeidet med individuell plan. Likevel tyder dette på at en stor andel av kommunene, uavhengig av kommunestørrelse, ikke har noen samlet oversikt over brukere som har individuell plan.

I løpet av datainnsamlingen mottok vi flere henvendelser på e-post og telefon fra kommunene, hvor det blant annet ble stilt spørsmål ved definisjonen av virksomme individuelle planer. Følgende definisjon ble benyttet: *"Med virksomme planer menes individuelle planer der bruker har fått oppnevnt en koordinator og at planarbeidet derigjennom er igangsatt; at den skal være et aktivt verktøy for å koordinere tjenesteytingen til bruker; og at planen oppdateres regelmessig"*.

Noen oppga for eksempel at det varierer hvor ofte den individuelle planen oppdateres. Individuelle planer som ikke oppdateres jevnlig er likevel tatt med i kartleggingen. Videre fortalte enkelte at det forekommer at brukere har koordinator og/eller ansvarsgruppe, uten at de har fått utarbeidet individuell plan. Ettersom dette er en kartlegging av antallet individuelle planer, er disse brukerne ikke talt med. Oppfølging av hver enkelt kommune har ikke vært mulig innenfor rammene av denne kartleggingen, og vi kan derfor ikke med sikkerhet si at alle kommunene som har innrapportert tall har benyttet samme definisjon av virksomme individuelle planer som referert til innledningsvis i dette kapittelet. Denne definisjonen ble opplyst om i spørreskjemaet, og det er derfor grunn til å anta at flestparten har forholdt seg til denne.

4.5 Estimat for antall individuelle planer i alle kommuner

Som nevnt deltok 76,9 prosent av alle landets kommuner og bydeler i denne kartleggingen. Dette betyr at ikke alle individuelle planer i Norges kommuner og bydeler inngår i denne kartleggingen, og at det derfor er flere individuelle planer enn hva som fremkommer i denne kartleggingen. For å få et anslag på hvor mange individuelle planer det totalt finnes i landet, har

vi foretatt en estimering basert på de innrapporterte tallene fra kommunene/bydelene som har deltatt i kartleggingen. Dette estimatet er regnet ut på bakgrunn av det innrapporterte antallet planer per fylke, det totale innbyggertallet per fylke og innbyggertallet i de kommunene per fylke som har rapportert inn individuelle planer, samt en beregning av forholdet mellom antallet individuelle planer og antall innbyggere. Utrekningene fremkommer av tabell 4-2.

Tabell 4-2 Estimert for totalt antall individuelle planer per mars 2011

Fylke	Antall IP	Innbyggertal I totalt	Innbyggertall blant deltakende kommuner	Innbyggere per IP	Estimert antall IP
Østfold	1061	274827	224517	212	1299
Akershus	2372	545653	510323	215	2536
Oslo	2602	599230	537003	206	2904
Hedmark	1422	191622	175826	124	1550
Oppland	727	186087	119467	164	1132
Buskerud	1060	261110	209920	198	1318
Vestfold	918	233705	220053	240	975
Telemark	973	169185	155783	160	1057
Aust Agder	542	110048	91369	169	653
Vest Agder	1045	172408	155221	149	1161
Rogaland	1766	436087	245484	139	3137
Hordaland	1618	484240	219044	135	3577
Sogn og Fjordane	762	107742	95753	126	857
Møre og Romsdal	895	253904	209769	234	1083
Sør-Trøndelag	1436	294066	269576	188	1566
Nord-Trøndelag	838	132140	117973	141	939
Nordland	683	237280	122535	179	1323
Troms	646	157554	112576	174	904
Finnmark	636	73417	67368	106	693
Totalt	22002	4920305	3859560	172	28664

Som beskrevet i forklaring til tabell 4-1 har vi foretatt en utregning av forholdet mellom individuelle planer i fylket og innbyggertallet i fylket ("*Innbyggere per IP*"). Dette tallet er videre benyttet for å estimere det totale antallet individuelle planer i fylket, ved å dividere det totale innbyggertallet i fylket med tallet for innbyggere per individuelle plan.

Som det fremkommer av kolonnen "*Estimert antall IP*" i tabell 4-2, tilsier vår estimeringsmetode at det totale antallet individuelle planer i alle landets kommuner er 28 664. For å regne ut dette har vi benyttet fylkesvise tall for "*Innbyggere per IP*". Som det fremkommer av tabell 4-2, og som påpekt under avsnitt 4.3, varierer dette tallet mellom fylkene. En alternativ metode for å estimere det totale antallet individuelle planer kan derfor være å benytte gjennomsnittsverdien for "*Innbyggere per IP*", som er 172, i utregningen. Ved å benytte dette tallet blir det estimerte antallet individuelle planer 28 685. Sammenlignet med estimeringer basert på det innrapporterte antallet individuelle planer per fylke, utgjør dette en differanse på 21 flere individuelle planer. Denne differansen er relativt liten, og gir grunn til å anslå at det totale antallet individuelle planer i landet er mellom 28 664 og 28 685.

4.6 Oppsummering

Blant de 349 kommunene/bydelene som har rapportert inn antall individuelle planer, ble det rapportert om totalt 22 002 individuelle planer. Dette baserer seg på eksakte tall for 59 prosent av kommunene, mens 41 prosent har oppgitt anslag. Samlet representerer disse 22 002 individuelle planene 78 prosent av befolkningen.

Det er størst andel, 65 prosent, av kommunene som har mellom 1 og 50 individuelle planer. Blant disse har nesten en av fem kommuner (19 prosent) 1 til 10 individuelle planer, mens 17 prosent har 11 til 20 individuelle planer. Antallet individuelle planer i hver kommune/bydel

henger naturligvis sammen med innbyggertallet, slik at det er flest individuelle planer i kommuner/bydeler med mange innbyggere. Blant mellomstore kommuner er det flest (47 prosent) som har 1 til 50 individuelle planer, men også en stor andel (36 prosent) som har 51 til 100 individuelle planer. Blant store kommuner er det flest (33 prosent) som har over 200 individuelle planer.

Det er også forskjeller mellom fylkene med hensyn til antall individuelle planer. Det ble innrapportert flest individuelle planer blant bydeler i Oslo (2602), etterfulgt av kommuner/bydeler i Akershus (2372), Rogaland (1766) og Hordaland (1618). Dette har i stor grad sammenheng med antall innbyggere i kommunene i fylket, samt andel av kommunene i fylket som har deltatt i kartleggingen. Sett i forhold til det totale innbyggertallet i fylket er det flest individuelle planer i Finnmark (1 per 106), etterfulgt av Hedmark (1 per 124) og Sogn og Fjordane (1 per 126).

Estimeringer gjort på bakgrunn av innrapporterte antall individuelle planer, totalt innbyggertall og samlet innbyggertall i deltakende kommuner tilsier at det er mellom 28 664 og 28 685 personer i Norge som har individuell plan.

5. ORGANISERING

Retten til individuell plan er hjemlet i flere lover, og omfatter således flere tjenester på kommunalt nivå, samt spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, noe som vil innebære at flere kommunale tjenester og instanser er involvert i tjenestetilbudet til den enkelte. Et av formålene med individuell plan er at brukeren skal oppleve et helhetlig tjenestetilbud, noe som fordrer samarbeid mellom involverte tjenester. Ansvarsgrupper kan benyttes for å strukturere arbeidet rundt individuell plan. En ansvarsgruppe er et formalisert og tidsavgrenset samarbeidsforum for bruker/pårørende og tjenesteutøvere.

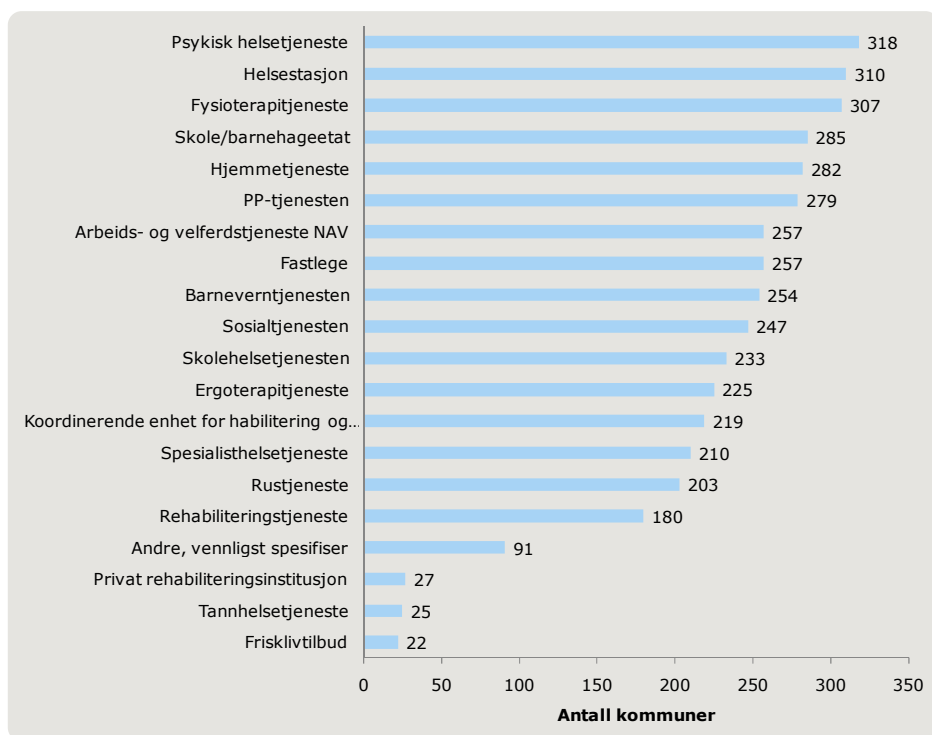
Hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan rundt den enkelte bruker har sammenheng med brukerens behov for tjenester. Det vil eksempelvis være andre tjenester som er sentrale i tilbudet til et barn med nedsatt funksjonsevne sammenlignet med en voksen person med rusmiddelproblemer.

I dette kapittelet ser vi nærmere på hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan. Hvilke tjenester er involvert i flestparten av kommunene? Hvilke tjenester er involvert i færrest kommuner? I hvilken grad involveres instanser utenfor det kommunale tjenesteapparatet, som eksempelvis private rehabiliteringsinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten? Ser vi noen forskjeller mellom kommuner i ulike fylker med hensyn til hvilke tjenester som er involvert? Er det noen forskjeller mellom små, mellomstore og store kommuner?

5.1 Tjenester som inngår i arbeid med individuell plan

Når det gjelder hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan, ble det utarbeidet kategorier i samarbeid mellom Rambøll og Helsedirektoratet. Kommunene ble bedt om å krysse av for hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan i sin kommune. Det ble gjort oppmerksom på at de ulike tjenestene kan ha ulike navn, og kommunene ble bedt om å velge de tjenestene som passer best overens med egen organisering av tjenestetilbudet. Hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan i kommunene fremkommer av figur 5-1.

Figur 5-1 Tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan per mars 2011



Som det fremkommer av figur 5-1 er psykisk helsetjeneste den tjenesten som er involvert i arbeidet med individuell plan i flest kommuner, i 318 kommuner/bydeler av 349 kommuner/bydeler (91 prosent). Kort oppsummert er følgende sektorer oftest involvert i arbeidet med individuell plan:

- Psykisk helsetjeneste (91 prosent)
- Helsestasjon (89 prosent)
- Fysioterapi (88 prosent)
- Skole/barnehageetat (82 prosent)

Det at skole/barnehageetat er involvert i arbeidet med individuell plan i 285 kommuner/bydeler (82 prosent) må anses som svært høyt, ettersom skole/barnehageetat i utgangspunktet ikke er lovpålagt å delta i arbeidet med individuell plan eller inneha en koordinatørrolle. Den høye involveringen av skole/barnehageetat kan ha sammenheng med at helsestasjonen er involvert i arbeidet med individuell plan i 89 prosent av kommunene/bydelene. Ettersom begge disse tjenestene primært arbeider med barn, kan skole/barnehageetat være en naturlig "samarbeidsaktør" for helsestasjonen når det gjelder barn som går i barnehage eller skole som har individuell plan. Også PPT er involvert i en relativt høy andel av kommunene, 279 av 349.

De tjenestene som totalt sett er involvert i arbeidet med individuell plan i færrest kommuner er privat rehabiliteringsinstitusjon, tannhelsetjeneste og frisklivtilbud. Når det gjelder privat rehabiliteringsinstitusjon og frisklivtilbud kan en naturlig forklaring på dette være at langt fra alle kommuner har tilgang på disse typer tjenester.

I tillegg viser figuren over at 91 kommuner oppgir at det er andre tjenester enn de tjenester som er nevnt i figuren som inngår i arbeidet med individuell plan. Informantene ble derfor bedt om å gi en beskrivelse av hvilke tjenester det dreier seg om, og som vi vil kommentere i neste avsnitt.

Andre tjenester

Som figur 5-1 synliggjør, har 91 kommuner oppgitt at andre tjenester enn de som ble nevnt i kartleggingen inngår i arbeidet med individuell plan. Tilbakemeldinger på hvilke tjenester dette dreier seg om viser en ganske stor bredde utover de tjenester som allerede var forhåndsdefinerte. Særlig tre tjenesteområder trekkes frem av flertallet av kommunene om hvilke andre tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan. Disse er:

- Tjenester til funksjonshemmede
- Miljøtjeneste
- Tjenester innenfor bo- og avlastning

Innenfor det første området, tjenester til funksjonshemmede, inngår tiltak, tjenester og rådgivning overfor funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede, mens for området miljøtjeneste inkluderes tjenester knyttet til miljøterapeuter og miljøarbeidere, særlig i ulike institusjoner. Området bo- og avlastning inkluderer botiltak og andre botjenester rettet mot barn, unge, psykisk utviklingshemmede og botrening.

Andre tjenester som trekkes frem som involvert i arbeidet med individuell plan i flere kommuner, er pårørende/hjelpeverge og støttekontakter. I tillegg fremheves arbeidsmarkedstiltak, som tilrettelagte arbeidsplasser og arbeidstrening, som en tjeneste som inkluderes i arbeidet med individuell plan for personer som har behov for slike tjenester. Dette er tiltak som naturlig ligger i Arbeids- og velferdstjenesten NAV. Videre viser tilbakemeldingene at flere kommuner involverer en rekke aktører innenfor rusfeltet (på tross av at rustjenesten var en forhåndsdefinert kategori). Dette dreier seg i hovedsak om aktører knyttet til LAR prosjekter, tillitsmannprosjekter, Grønn omsorg og likemannprosjekter. Dette kan tyde på at kommunene ikke har en egen rustjeneste.

Vi vil også trekke frem at flere kommuner samarbeider med andre aktører som senter for epilepsi, Sunnås sykehus, BUP, Statped, kompetansesentre, sykehjem og pedagogiske fagsentre. Det er naturlig at det er relativt få kommuner som oppgir koordinerende enhet i denne sammenheng, fordi KE i de fleste tilfeller ikke er tjenesteytere i tradisjonell forstand. Med et

overordnet ansvar for individuell plan har de en systemrolle og vil være involvert på en annen måte.

5.2 Tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan fordelt på kommunestørrelse

En nærmere analyse av hvilke tjenester som er involvert i arbeidet med individuell plan blant kommuner i kategoriene små (0-5000 innbyggere), mellomstore (5001 – 20 000 innbyggere) og store kommuner (over 20 000 innbyggere), viser små forskjeller. De fire tjenestene som er involvert i flest kommuner, psykisk helsetjeneste, fysioterapitjenesten, helsesøster og skole/barnehageetat gjelder uavhengig av kommunestørrelse.

Generelt viser funnene at det likevel er færrest involverte tjenester i små kommuner, og flest involverte tjenester i store kommuner. Dette kan gjerne forklares med at store kommuner har et større tjenesteapparat i kommunen, hvor det er mulig å benytte seg av flere ressurser. I tillegg har store kommuner et høyere antall individuelle planer, som antagelig også gjenspeiler et høyere antall ulike brukergrupper, som dermed krever at man involverer flere tjenester i arbeidet med individuell plan. Videre kan forskjellene bety at flere av de mindre kommunene ikke har en egen tjeneste for alle kategoriene som inngikk i spørreskjemaet. Dette kan for eksempel gjelde ergoterapitjeneste, som i noen kommuner er en del av fysioterapitjenesten. Forskjellene i antall involverte tjenester i arbeidet med individuell plan gjelder særlig ergoterapitjenesten, rustjenesten, spesialisthelsetjenesten og privat rehabiliteringsinstitusjon, som alle er sjeldnere involvert i små kommuner.

5.3 Fylkesvise forskjeller i tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan

Figur 5-1 gir en samlet oversikt over hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan i alle kommuner som deltok i undersøkelsen. Som vi var inne på i kapittel 4 er det stor variasjon i antall individuelle planer på kommunenivå og fylkesnivå. På bakgrunn av dette har vi også sett nærmere på variasjoner mellom kommuner i ulike fylker når det kommer til hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan. Vi vil i de neste avsnittene kommentere det vi mener er de mest interessante forskjellene mellom fylkene når det gjelder hvilke tjenester som er involvert i arbeidet med individuell plan.

Når det gjelder de fire tjenester som oftest involveres i arbeidet med individuelle planer, psykisk helsetjenester, helsestasjonen, fysioterapitjenesten og skole/barnehageetat viser funnene at det er små forskjeller mellom fylkene. Der vi likevel ser at det er en forskjell mellom fylker, er i involvering av fysioterapitjeneste og skole/barnehageetat. Funnene viser at kommuner i Nordland, Møre og Romsdal og Sogn og Fjordane i mindre grad involverer fysioterapitjenesten i arbeidet med individuell plan enn hva gjelder andre fylker. Når det gjelder involvering av skole/barnehageetat involverer kommunene i de tre nordligste fylkene, Finnmark, Troms og Nordland, denne tjenesten i mindre grad enn andre fylker. Det presiseres likevel at det er små forskjeller mellom fylkene, og at det fylket hvor skole/barnehage involveres i færrest kommuner, likevel er involvert i 68 % av kommunene.

Skolehelsetjenesten er en tjeneste som inngår i arbeidet med individuell plan i nesten 70 % av kommunene totalt sett i alle fylkene. Det som likevel skiller seg ut er at kun 25 % av kommunene i Finnmark benytter skolehelsetjenesten i arbeidet med individuell plan, det vil si kun i fire av 16 kommuner som inngår i datamaterialet. I motsatt ende av skalaen ser vi at 15 av de 19 kommunene (79 %) som har gitt tilbakemeldinger i Akershus involverer skolehelsetjenesten som en tjeneste i arbeidet med individuell plan.

Når det gjelder sosialtjenesten er dette en tjeneste som trekkes inn i arbeidet med individuell plan i over 70 % av kommunene i fylkene totalt sett. Det som skiller seg ut her er at kommunene i Buskerud og Hedmark i minst grad involverer sosialtjenesten i arbeidet med individuell plan. Kun 9 kommuner i Hedmark og 6 kommuner i Buskerud oppgir at sosialtjenesten er en del av arbeidet med individuelle planer. Ser vi til den andre enden av skalaen oppgir hele 26 av 30 kommuner i Hordaland at sosialtjenesten inngår i arbeidet med individuell plan. En mulig forklaring på denne variasjonen kan være at sosialtjenesten inngår i Arbeids- og velferdstjenesten NAV i mange kommuner, og at kommunene kan ha krysset av på denne kategorien istedenfor sosialtjenesten.

Blant kommunene i ti av landets fylker oppgir over 80 % at de involverer fastlege i arbeidet med individuell plan, noe som må anses som svært høyt. Her er det imidlertid også forskjeller mellom fylkene. Fastlegene er involvert i arbeidet med individuell plan i færrest kommuner/bydeler i fylkene Aust-Agder og Oslo, hvor henholdsvis 40 % og 38,5 % involverer fastleger.

Når det gjelder henholdsvis PP-tjenesten og barnevernstjenesten er det mindre forskjeller mellom fylkene. Funnene viser imidlertid at tre fylker med deres kommuner skiller seg negativt ut. Når det gjelder PP-tjenesten oppgir kun 46 % av bydelene i Oslo at denne tjenesten involveres i arbeidet med individuell plan. Gjennomsnittet for kommunene i alle fylker er over 80 %. Når det kommer til barnevernstjenesten er det kommunene i Nordland og Finnmark som skiller seg ut fra de andre fylkene, hvor tallene i datamaterialet viser at kun drøye halvparten av kommunene i disse to fylkene benytter barnevernstjenesten i arbeidet med individuell plan, henholdsvis 16 og 8 kommuner. Sammenlignes dette med Møre og Romsdal, for eksempel, benytter hele 23 kommuner barnevernstjenesten inn i arbeidet med individuell plan.

Ergoterapitjenestens rolle i arbeidet med individuell plan er videre verdt å kommentere. Her viser funnene at under 60 % av kommunen i 10 fylker benytter ergoterapitjenesten i arbeidet med individuelle planer, mens 95 % av kommunen i Akershus for eksempel inkluderer denne tjenesten i deres arbeid med individuelle planer. En mulig forklaring på dette kan være at fylker som scorer lavest på inkludering av ergoterapitjenesten er fylker med små kommuner, og at det ikke finnes en egen ergoterapitjeneste i kommunen, eller at kommuner for eksempel kjøper denne tjenesten fra andre kommuner.

Rehabiliteringstjenesten er videre en tjeneste som i utgangspunktet benyttes i kun 180 kommuner totalt sett i arbeidet med individuelle planer. Ser vi på de fylkesvise forskjellene viser funnene at det er mindre forskjeller. Likevel skiller igjen tre fylker og deres kommuner seg ut hvor drøye 35 % av kommunen i Møre og Romsdal og Nordland benytter seg av rehabiliteringstjenesten, mens kun 25 % av kommunen i Finnmark inkluderer denne tjenesten i arbeidet med individuelle planer.

Rustjenesten, spesialisttjenesten og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er tre tjenester som benyttes av et nesten likt antall kommuner totalt sett, henholdsvis 203, 210 og 219 kommuner totalt sett. Ser vi på hvert enkelt fylke er det små forskjeller mellom fylkene totalt sett. Kommunene i Nordland fylke skiller seg derimot ut på alle tre tjenesteområder, i nedre del av skalaen. Omtrent 40 % av kommunen i Nordland inkluderer de tre overnevnte tjenester i sitt arbeid med individuelle planer. Når det gjelder å involvere spesialisthelsetjenesten i arbeidet med individuell plan skiller kommunene i Finnmark seg ut, hvor kun 31 % involverer spesialisthelsetjenesten. Her kan man stille spørsmål ved hvorvidt dette har sammenheng med hvilken helseregion kommunene tilhører. Kommunene som tilhører Helse Nord RHF ser i så tilfelle ut til å ha lavere samarbeid med spesialisthelsetjenesten enn kommuner som tilhører de tre andre helseregionene. En hypotese kan også være at avstand mellom kommunen og helseforetaket kan være en årsak til at samarbeidet og involvering av spesialisthelsetjenesten ikke benyttes i flere kommuner enn hva funnene våre viser. Våre data ser imidlertid ikke ut til å støtte opp under denne antagelsen. Blant bydelene i Oslo, for eksempel, som alle er lokalisert i geografisk nærhet til sitt helseforetak, er spesialisthelsetjenesten involvert i arbeidet med individuell plan i 46 % av bydelene, noe som er relativt lavt sammenlignet med kommuner i andre fylker. Når det gjelder koordinerende enhet så vil de som oftest ikke være tjenesteytere i tradisjonell forstand, men her kan det være variasjoner knyttet til organisering. Funksjonen koordinerende enhet vil i hovedsak være knyttet til det overordnede ansvaret for individuell plan, og vil følgelig være involvert på systemnivå.

Når det gjelder tjenestene hjemmetjenesten og Arbeids- og velferdstjenesten NAV er det kun mindre forskjeller fylkene i mellom, hvor ingen fylker skiller seg særlig ut i verken negativ eller positiv retning.

Til sist vil vi kommentere de tre tjenestene med lavest score totalt sett i undersøkelsen når det gjelder tjenester som inngår i arbeidet med individuelle planer. Privat rehabiliteringsinstitusjon, tannhelsetjeneste og frisklivstilbud benyttes i omtrent 7 % av kommunene totalt sett i denne undersøkelsen. Dette kan forklares med at mange kommuner oppgir at denne tjenesten ikke

inngår i arbeidet med individuelle planer. Imidlertid er det to fylker med deres kommuner som skiller seg ut. For Buskeruds del oppgir 25 % av kommunen i fylket at frisklivstilbud er en tjeneste som inngår i arbeidet med individuelle planer, mens 31 % av kommunene i Vest-Agder inkluderer privat rehabiliteringsinstitusjon i sitt arbeid med individuelle planer.

5.4 Oppsummering

De tjenestene som er involvert i arbeidet med individuell plan i flest kommuner er psykisk helsetjeneste (91 prosent), helsestasjon (89 prosent), fysioterapi (88 prosent) og skole/barnehageetat (82 prosent). Dette gjelder uavhengig av kommunestørrelse. Generelt viser funnene at det er færrest involverte tjenester i små kommuner, og flest involverte tjenester i store kommuner.

Når det gjelder forskjeller mellom fylker må det konkluderes med at det generelt sett ikke er store forskjeller fylker i mellom når det gjelder hvilke tjenester som inkluderes i arbeidet med individuell plan, men at overnevnte gjennomgang trekker frem de største forskjeller fylkene i mellom. Det bør også presiseres at bildet kan fremstå noe skjevt da antallet kommuner varierer svært fra fylke til fylke.

6. KOORDINATORER

Det skal til enhver tid være én tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt med brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren. Denne personen kalles en *koordinator*²². I definisjonen som er brukt i denne kartleggingen av virksomme individuelle planer er det også et sentralt aspekt at bruker har fått oppnevnt en koordinator som har iverksatt arbeidet med individuell plan. I de fleste tilfeller er det naturlig at dette er en sentral tjenesteyter. Noen kommuner har gitt koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i mandat å oppnevne koordinatorene. Det er også viktig at brukeren, så langt det er mulig, får ha innflytelse på valg av koordinator.

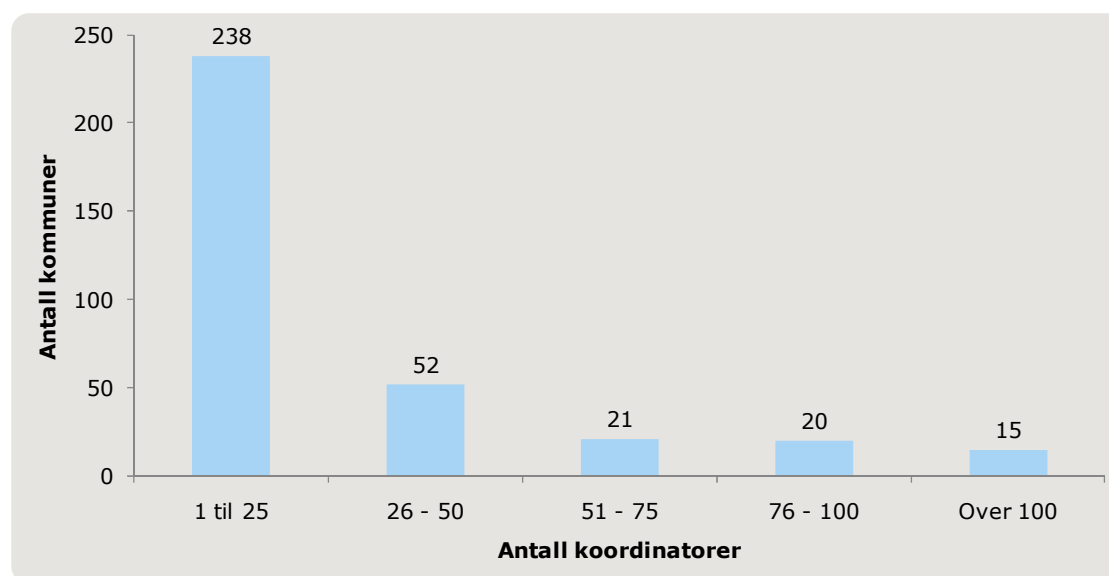
I dette kapittelet presenteres funn fra kartleggingen knyttet til informasjon om koordinatorene. Hvor mange personer har en rolle som koordinator for individuell plan? Hvilke tjenester arbeider koordinatorene innenfor? Er det store forskjeller mellom kommuner i ulike fylker når det gjelder antallet koordinatorene? Og hvor mange brukere har koordinatorene ansvar for å følge opp? Vi ser også nærmere på hvorvidt kommunene har en eksakt oversikt over hvilke ansatte som har en rolle som koordinator.

6.1 Antall koordinatorene totalt

Blant de 349 kommunene/bydelene som har rapportert inn antall koordinatorene, ble det rapportert om totalt 9738 koordinatorene. Fordeler vi antall koordinatorene på kommunestørrelse ser vi at det er rapportert inn 1334 koordinatorene i kommuner med 0-5000 innbyggere, 3264 koordinatorene i kommuner med 5001-20 000 innbyggere og 5140 koordinatorene i kommuner med over 20 000 innbyggere.

Antallet koordinatorene totalt sier imidlertid lite om hvor mange koordinatorene de ulike kommunene/bydelene har. For å få et mer presist bilde av antallet koordinatorene i kommunene, har vi i likhet med antall individuelle planer, kategorisert antall koordinatorene i kategorier med intervaller på 50. I figur 6-1 fremkommer det hvor mange kommuner som har et gitt antall koordinatorene.

Figur 6-1 Antall koordinatorene totalt per mars 2011



Som det fremkommer av figur 6-1 har 238 av 349 kommuner (68 prosent) mellom 1 og 25 personer som har en rolle som koordinator. Videre er det 52 kommuner som har mellom 26 og 52 koordinatorene. Dette utgjør totalt 15 prosent av kommunene i denne kartleggingen. Videre ser

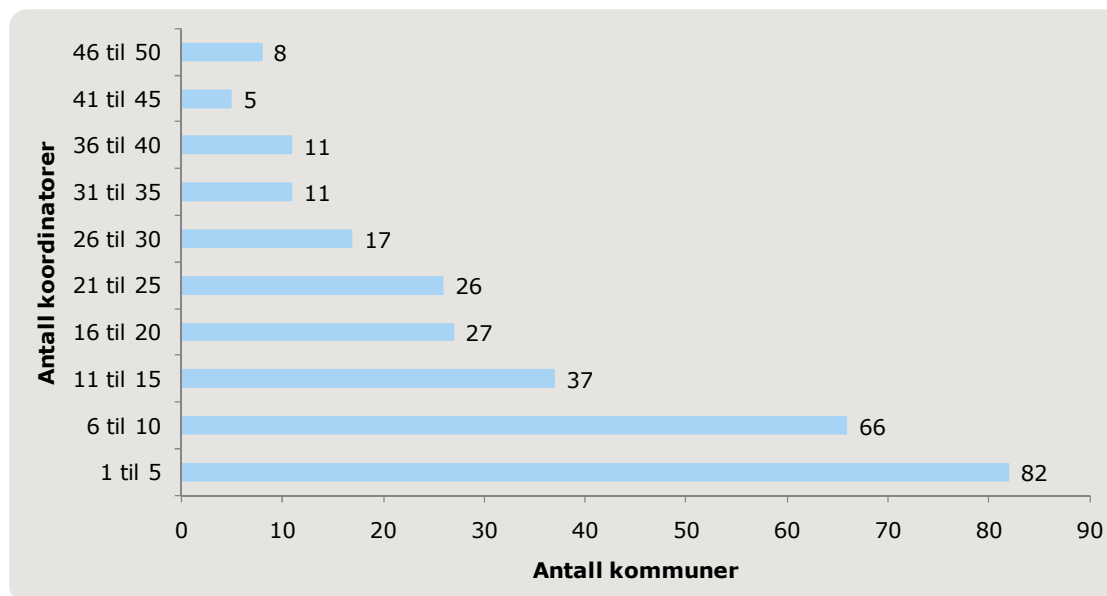
²² Eksempel på individuell plan

vi at det er 56 kommuner som har 51 koordinatore eller flere. Til sammen utgjør dette 14,6 prosent av alle kommunene i kartleggingen. Det høyeste innrapporterte tallet er 300 koordinatore.

Sammenligner vi denne figuren over antall koordinatore ser vi i stor grad samsvar mellom antall kommuner fordelt på antall individuelle planer (figur 4-1) og antall kommuner fordelt på antall koordinatore.

Ettersom majoriteten av kommunene har mellom 1 til 25 og 26 til 50 koordinatore har vi laget en figur som i større grad synliggjør hvordan antallet koordinatore fordeler seg på intervaller på ti innenfor disse kategoriene. Dette fremkommer av figur 6-2 nedenfor.

Figur 6-2 Antall koordinatore per mars 2011, 0 – 50

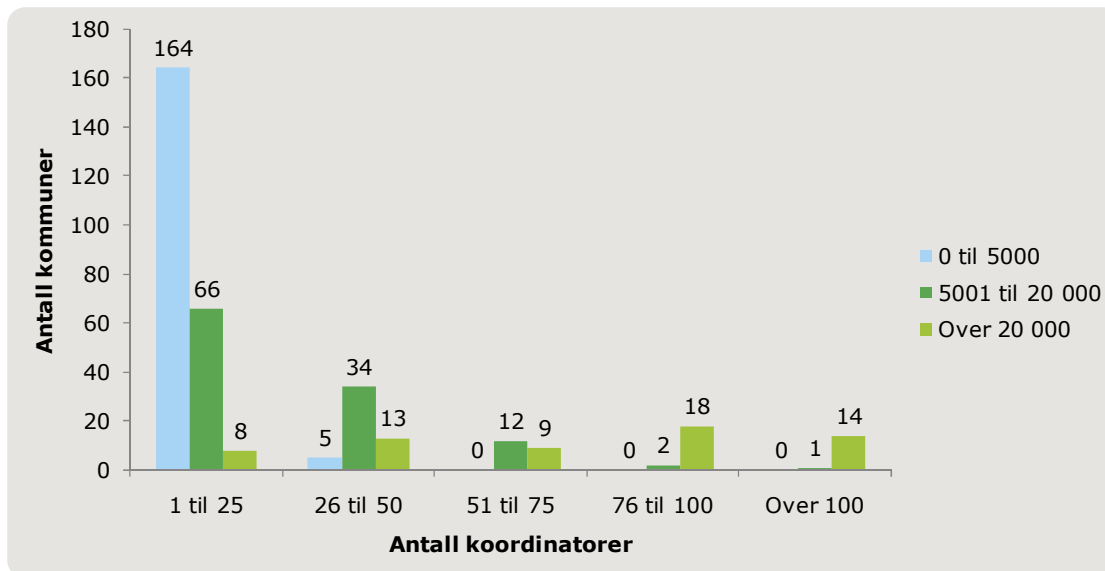


Som figur 6-2 viser, forekommer det hyppigst at kommunene har mellom 1 til 5 og mellom 6 til 10 koordinatore til brukere med individuell plan. Totalt gjelder dette for 148 kommuner (42 prosent), hvorav 82 kommuner (23 prosent) har mellom 1 til 5 koordinatore og 66 kommuner (19 prosent) har mellom 6 til 10 koordinatore. Videre viser figuren at 37 kommuner (11 prosent) har mellom 11 til 15 koordinatore, 27 kommuner (8 prosent) har mellom 16 til 20 koordinatore og 26 kommuner (7,5 prosent) har mellom 21 til 25 koordinatore. Totalt har 52 kommuner (15 prosent) mellom 26 og 50 koordinatore.

6.2 Antall koordinatore fordelt på kommunestørrelse

I likehet med antallet individuelle planer i hver kommune henger også antall koordinatore i hver kommune sammen med innbyggertallet, slik at det også her er flest koordinatore i kommuner med mange innbyggere. Som vi nevnte innledningsvis i avsnitt 6.1 er det rapportert inn 1334 koordinatore i kommuner (171) med 0-5000 innbyggere, 3264 koordinatore i kommuner (115) med 5001-20 000 innbyggere og 5140 koordinatore i kommuner (63) med over 20 000 innbyggere.

I figur 6-3 illustreres hvor mange koordinatore som finnes blant kommuner fordelt på de tre kommunestørrelseskategoriene 0-5000, 5001-20 000 og over 20 000 innbyggere.

Figur 6-3 Antall koordinatore per mars 2011, fordelt på kommunestørrelse

I figuren over representerer den blå søylen kommuner med 0-5000 innbyggere, mørkegrønn søyle representerer kommuner med mellom 5001-20 000 innbyggere, mens lysegrønn søyle representerer kommuner med over 20 000 innbyggere.

Som vi kan lese av figur 6-3, har flertallet, 164 (97 prosent), av de små kommunene 1 til 5 koordinatore, mens det er fem små kommuner (3 prosent) som har mellom 26 til 50 koordinatore. Ingen av de små kommunene har flere koordinatore enn dette.

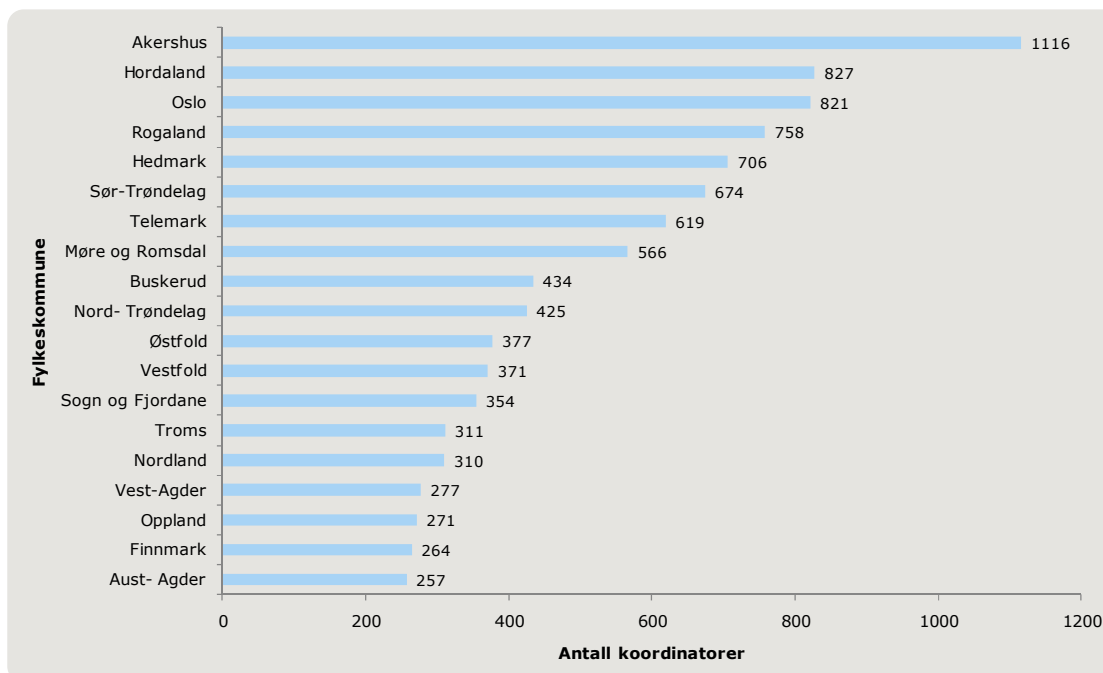
Når det gjelder mellomstore kommuner er det også flest kommuner, 66 (57 prosent) som har 1 til 25 koordinatore i kommunen, mens det videre er 34 kommuner (30 prosent) som har 26 til 50 koordinatore. Som det også fremgår av figuren er det 2 mellomstore kommuner som har 76 til 100 koordinatore og 1 som har over 100 koordinatore.

Blant de store kommunene er det mer jevn fordeling på de ulike kategoriene. Det er flest store kommuner, 18 (29 prosent), som har 76 til 100 koordinatore for individuell plan. Derneft har 14 kommuner (23 prosent) over 100 koordinatore, mens 13 kommuner (21 prosent) har 26 og 50 koordinatore og 9 kommuner (15 prosent) har 51 til 75 koordinatore. Noe overraskende er det at 8 store kommuner (13 prosent) har kun 1 til 25 koordinatore.

6.3 Antall koordinatore fordelt på fylker

Vi har også gjort analyser av fordeling av koordinatore i kommunene i de ulike fylkene. Dette vises i figur 6-4 under.

Figur 6-4 Antall koordinatore per mars 2011, fordelt på fylker



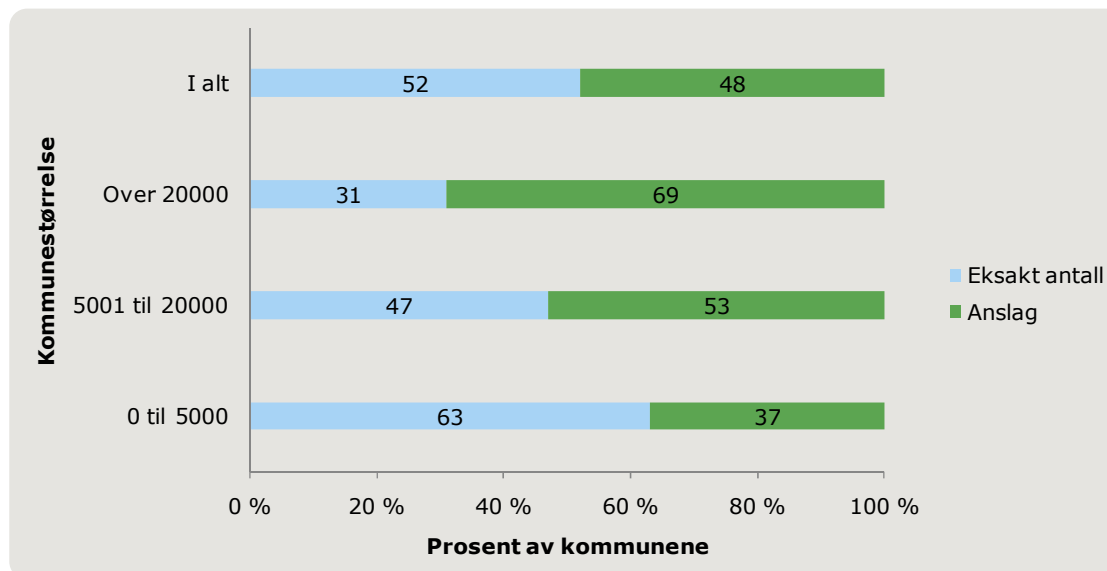
Når det gjelder antallet koordinatore varierer antallet mye mellom fylkene, som figuren over viser. Det er flest koordinatore i kommunene som har deltatt i kartleggingen i Akershus (1116), etterfulgt av Hordaland (827), Oslo (821) og Rogaland (758). Sammenligner vi antall koordinatore med antall individuelle planer er det de samme fire fylkene som både har flest individuelle planer og flest koordinatore, men rekkefølgen er noe ulik. Oslo, som har flest individuelle planer, ligger på tredje plass når det kommer til antall koordinatore, mens kommunene i Hordaland, som ligger på fjerde plass når det gjelder antall individuelle planer, har nest flest koordinatore.

Fylkene med færrest koordinatore er Aust-Agder (257), etterfulgt av Finnmark (264), Oppland (271) og Vest-Agder (277). De to fylkene med færrest koordinatore, Aust-Agder og Finnmark, er også de to fylkene som har færrest individuelle planer. Figuren synliggjør også at Vest-Agder er et av fylkene med færrest koordinatore. Dette fylket ligger imidlertid over midten når det gjelder antallet individuelle planer. Dette kan indikere at den enkelte koordinatore har ansvar for å følge opp flere brukere med individuell plan sammenlignet med fylker med bedre samsvar mellom antall individuelle planer og antall koordinatore. For eksempel gjelder dette for de tre nederste fylkene, som alle har relativt få individuelle planer. Vi kommer nærmere inn på antall brukere per koordinatore i avsnitt 6.6.

6.3.1 Datamaterialets validitet

Som vi har vært inne på tidligere kan det være utfordrende for kommunene å ha en eksakt oversikt over antall koordinatore i kommunen. For å oppnå høy deltakelse også blant kommuner som ikke har eksakte tall på dette, åpnet vi derfor for muligheten for å oppgi et anslag på antallet koordinatore i kommunen. I figur 6-5 fremkommer denne informasjonen:

Figur 6-5 "Er dette et eksakt antall personer med rolle som koordinator eller et anslag?" krysset med kommunestørrelse



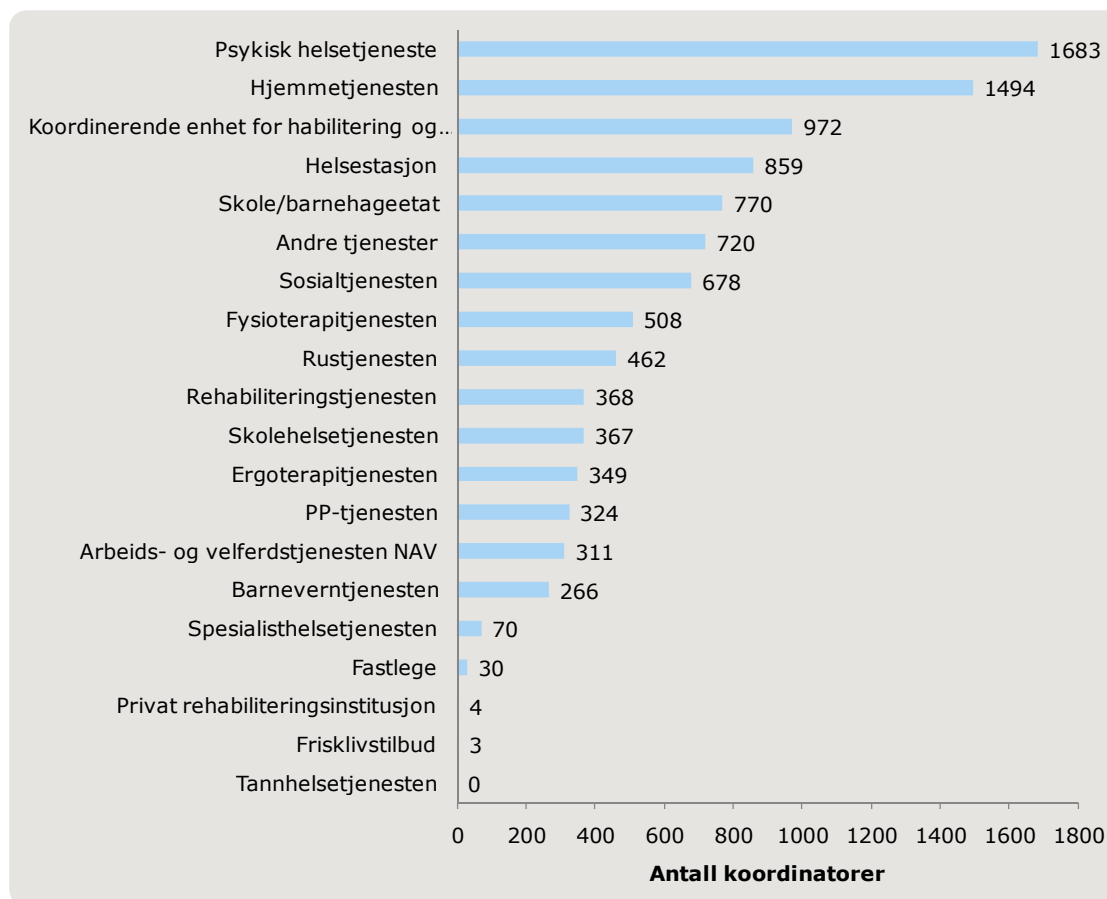
Som figur 6-5 viser, har totalt 52 prosent av kommunene oppgitt eksakt antall koordinatorene i sin kommune. I likhet med datamaterialet om individuelle planer er det også her forskjell mellom kommunene med hensyn til kommunestørrelse. Disse forskjellene er enda tydeligere når det gjelder antallet koordinatorene enn når det gjelder antall individuelle planer. Det er en større andel små kommuner (0 – 5000 innbyggere), 63 prosent, som har oppgitt eksakt antall koordinatorene, etterfulgt av mellomstore kommuner (5001 til 20 000 innbyggere), hvor 47 prosent har oppgitt eksakt antall koordinatorene. Blant store kommuner (over 20 000 innbyggere) har 31 prosent oppgitt eksakt antall koordinatorene i kommunen.

Disse forskjellene mellom kommuner med ulikt innbyggertall kan skyldes flere forhold. For det første er det flere personer i store kommuner som har rollen som koordinator, noe som kan gjøre det utfordrende å holde oversikt, eller samle inn informasjon om hvem som har den rollen. For det andre er det naturlig at store kommuner har en mer kompleks organisering på sine tjenester sammenlignet med mindre kommuner, noe som kan medføre at det er krevende å innhente informasjon om hvor mange koordinatorene som arbeider i kommunen innenfor ulike tjenester. Disse forklaringene kan helt klart sammenlignes, og er til dels sammenfallende med forklaringene i forskjeller mellom kommunestørrelse og antall individuelle planer. Likevel tyder dette på at en stor andel av kommunene, uavhengig av kommunestørrelse, ikke har noen samlet oversikt over hvilke personer i tjenesteapparatet som har en rolle som koordinator.

6.4 Koordinator fordelt på tjenester

I forrige kapittel gjennomgikk vi hvordan organiseringen av arbeidet med individuell plan er i de ulike kommunene, med hensyn til hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan. I tillegg til å kartlegge overnevnte ble kommunene bedt om å angi hvor mange koordinatorene for individuell plan som kommer fra de ulike tjenestene. Figur 6-6 nedenfor gir en oversikt over antall koordinatorene fordelt på de ulike tjenestene:

Figur 6-6 Antall koordinatører for individuell plan per mars 2011 fordelt på tjenester



Totalt rapporteres det her om 10 238 koordinatører, fordelt på de ulike tjenestene. Som vi ser av figur 6-6, er det flest koordinatører i tjenestene psykisk helsetjeneste (1683) og hjemmetjenesten (1494). Totalt kommer over 3177 koordinatører (31 prosent) fra disse to tjenestene. Når det gjelder hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan, er det også flest kommuner som involverer psykisk helsetjeneste, mens hjemmetjenesten kommer på femte plass.

I figur 6-6 ser vi at Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er den tredje øverste tjenesten, med 972 koordinatører. Dette er svært høyt sammenlignet med antall kommuner som oppga at denne tjenesten er involvert i arbeidet med individuell plan. En nærmere analyse tyder på at årsaken til at det er mange koordinatører fra denne tjenesten samlet sett, er at en stor kommune har oppgitt størstedelen av sine koordinatører i denne tjenesten. Ser vi bort fra denne ene kommunen, er det relativt få koordinatører i koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Som tidligere nevnt kan dette også ha med ulik organisering å gjøre.

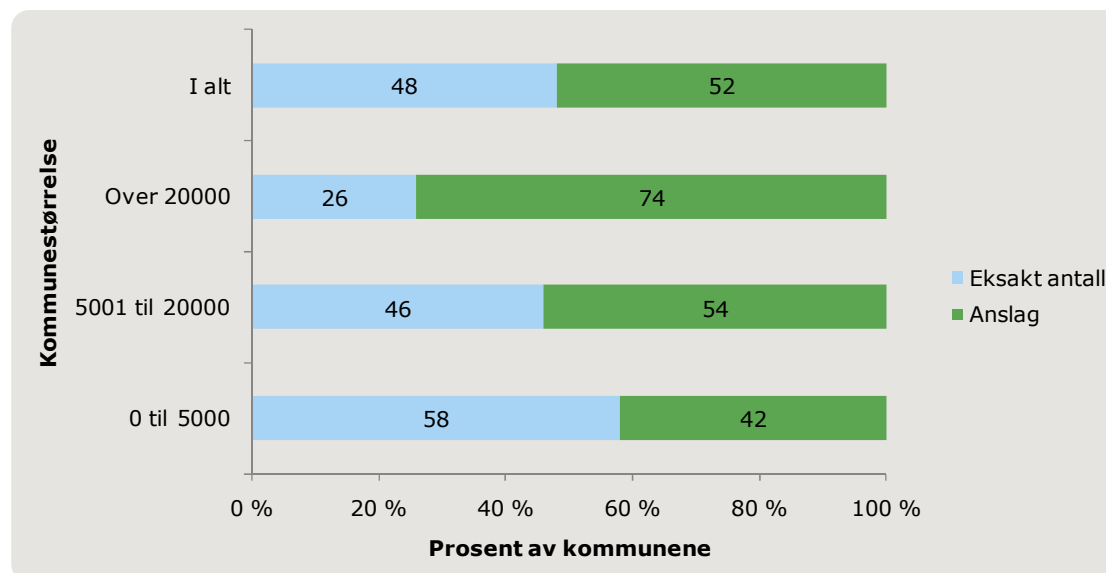
Nederst på listen over antall koordinatører fra ulike tjenester ser vi privat rehabiliteringsinstitusjon, frisklivstilbud og tannhelsetjenesten med til sammen 7 koordinatører fordelt på alle kommunene. Dette er i samsvar med tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan hvor disse tre tjenestene også er de tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan i færrest kommuner. Også fastleger kommer langt ned på listen over antall koordinatører. Ser vi dette opp mot tjenester som er involvert i arbeidet med individuell plan, ser vi at fastlegene er involvert i langt flere kommuner, noe som tyder på at de relativt sjelden har en rolle som koordinatør. Dette er heller ikke en del av deres oppgaver, og må anses som naturlig.

Det fremkommer store likheter med hensyn til hvilke tjenester koordinatorene representerer på tvers av kommunestørrelse.

6.4.1 Datamaterialets validitet

I likhet med avsitt 6.3.1 ble kommunen også her gitt mulighet til å angi om antall personer med rolle som koordinator per tjeneste er et eksakt tall eller et anslag. Figur 6-7 nedenfor presenterer hva kommunene har svart på dette spørsmålet.

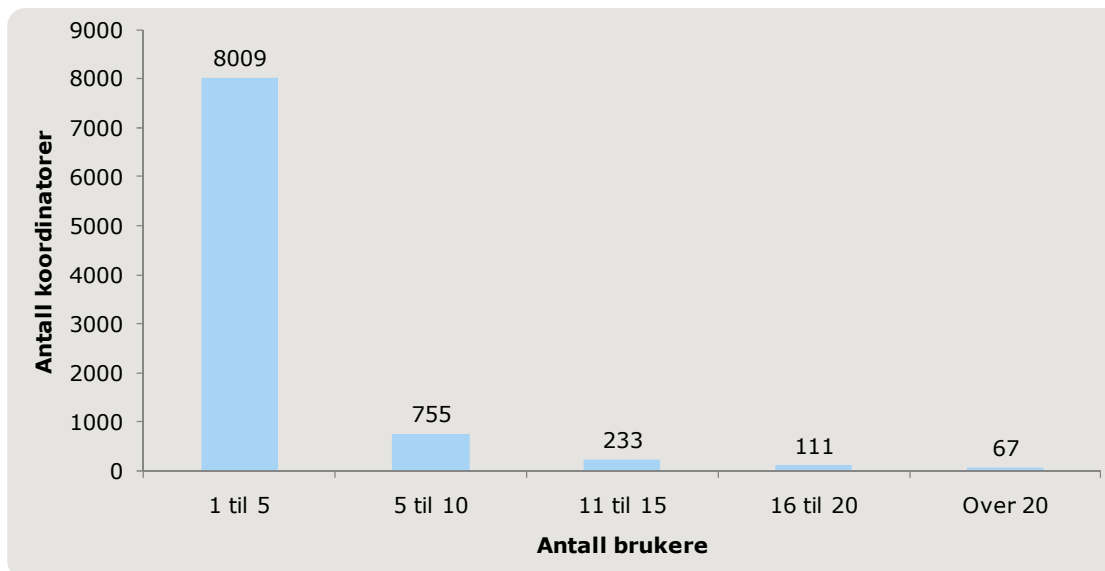
Figur 6-7 "Er dette et eksakt antall personer med rolle som koordinator per tjeneste eller et anslag?" krysset med kommunestørrelse



Totalt oppgir 48 prosent av kommunene at de har oppgitt eksakt antall koordinatorene per tjeneste. Som vi kan se av figuren er det store forskjeller med hensyn til kommunestørrelse og hvorvidt man har oppgitt eksakte tall eller anslag. Blant små kommuner har 58 prosent oppgitt at antall koordinatorene per tjeneste er eksakte tall, mens dette gjelder i 46 prosent av mellomstore kommuners tilfelle. Kun 26 prosent av de store kommunene oppgir at de innrapporterte tallene over antall koordinatorene per tjeneste er eksakte tall. Igjen tegner det seg til samme forklaring som vi var inne på i avsnitt 6.3.1, hvor kommunestørrelse og organisering av tjenesteapparatet er noen forklaringer på hvorfor store kommuner i større grad har rapportert et anslag over koordinatorene per tjeneste, snarere enn eksakte tall. Likevel tyder dette på at en stor andel av kommunene, uavhengig av kommunestørrelse, ikke har noen samlet oversikt over hvilke personer i tjenesteapparatet som har en rolle som koordinator. Dette kommer også til syne når vi summerer det totale antallet koordinatorene som er oppgitt, og sammenligner med fordelingen av antallet koordinatorene per tjeneste. På spørsmål om antall koordinatorene ble det rapportert om totalt 9738 personer, mens det på spørsmål om hvor mange koordinatorene som kommer fra ulike tjenester ble rapportert om totalt 10 238 personer. Dette misforholdet tyder også på at flere kommuner har oppgitt anslag og ikke eksakte tall.

6.5 Antall brukere per koordinatorene

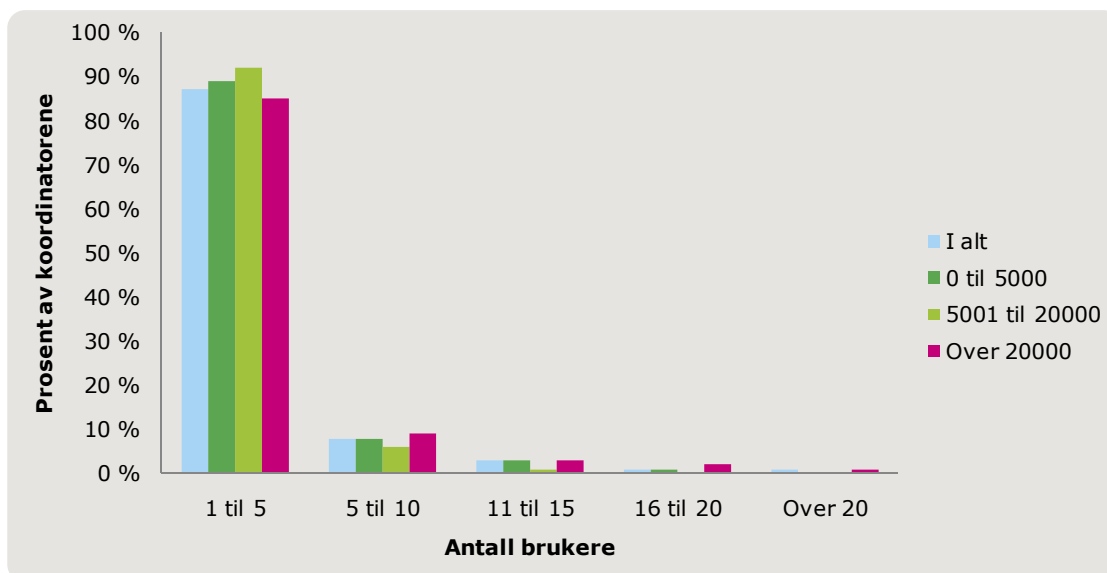
Kommunene ble også bedt om å oppgi hvor mange brukere koordinatorene har ansvar for å følge opp. Figur 6-8 nedenfor gir en oversikt over dette. Som vi var inne på i avsnitt 3.1.2 om koordinatorrollen, erfarer det at det kan være utfordrende å få personer ansatt i kommunen til å påta seg denne rollen. Målet med koordinatorrollen, slik vi forstår det, er at en koordinator skal ha nok tid og ressurser til å følge opp sine brukere. Dermed vil antall brukere per koordinator være avgjørende for hvor tett oppfølging den enkelte koordinator har ressurser til å gi.

Figur 6-8 Antall brukere per koordinator per mars 2011

Som vi ser av figur 6-8, har det store flertallet, 8009 koordinatører, mellom 1 til 5 brukere hver. Dette utgjør 87 prosent av koordinatørene. Sammenligner vi dette tallet med det totale antallet individuelle planer (22 002) og det totale antallet koordinatører (9738), gir dette et gjennomsnitt på 2,3 brukere per koordinator. Videre ser vi av figur 6-8 at 755 koordinatører har mellom 5 til 10 brukere, mens 233 koordinatører har mellom 11 til 15 brukere. Selv om det store flertallet av koordinatørene har mellom 1 til 5 brukere, må det likevel fremheves at så mange som 67 koordinatører har over 20 brukere hver. En nærmere analyse viser imidlertid at dette dreier seg om et fåtall koordinatører i flere kommuner, noe som betyr at det ikke er særlig utbredt i noen enkelte kommuner at koordinatører har over 20 brukere.

Vi har også sett på hvorvidt det er noen systematiske forskjeller med hensyn til kommunestørrelse når det kommer til antallet brukere hver koordinator har ansvar for å følge opp. Dette fremkommer av figur 6-9. Her er antall brukere per koordinator oppgitt som prosentandel av alle koordinatørene, med fordeling på kommunestørrelse.

Figur 6-9 Antall brukere per koordinator per mars 2011 fordelt på kommunestørrelse



Som figur 6-9 viser, er det små eller ingen forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse når det kommer til hvor mange brukere hver koordinator har ansvar for å følge opp. Det at flertallet av koordinatorene, uavhengig av kommunestørrelse, har mellom 1 til 5 brukere tyder på at man ved en senere kartlegging bør inkludere lavere svaralternativer enn de som er brukt her.

6.6 Oppsummering

Blant de 349 kommunene/bydelene som har rapportert inn antall koordinatorene, ble det rapportert om totalt 9738 koordinatorene. Dette baserer seg på eksakte tall fra 52 prosent av kommunene, mens 48 prosent av kommunene har oppgitt anslag. Antall koordinatorene i hver kommune har sammenheng med innbyggertallet, slik at det er flere koordinatorene i kommuner med mange innbyggere. Samlet har 238 (68 prosent) kommuner 1 til 25 koordinatorene. Blant disse har 82 kommuner (23 prosent) 1 til 5 koordinatorene og 66 kommuner (19 prosent) mellom 6 til 10 koordinatorene. Dette gjelder hovedsaklig små kommuner. Blant små kommuner er det også flest, 66 (57 prosent), som har 1 til 25 koordinatorene, mens det videre er 34 kommuner (30 prosent) som har 26 til 50 koordinatorene. Blant store kommuner varierer antallet koordinatorene mer, hvor den største andelen, 18 (29 prosent), har 76 til 100 koordinatorene.

En sammenligning mellom fylkene viser at det er flest koordinatorene i kommunene som har deltatt i kartleggingen i Akershus (1116), etterfulgt av Hordaland (827), Oslo (821) og Rogaland (758). Dette er de samme fire fylkene som har rapportert om flest individuelle planer. De to fylkene med færrest koordinatorene i sine kommuner, er Augst-Agder og Finnmark. Det er også disse to fylkene som har færrest individuelle planer. Her må vi gjøre oppmerksom på at dette har sammenheng med antall kommuner som har deltatt i undersøkelsen, samt innbyggertall i kommunene. Kommunene i Vest-Agder skiller seg imidlertid ut ved at det er få koordinatorene sett i forhold til antallet individuelle planer.

Et interessant funn er også at flesteparten av koordinatorene kommer fra tjenestene psykisk helsetjeneste, hjemmetjenesten og helsestasjon. Dette er i stor grad i samsvar med hvilke tjenestser som inngår i arbeidet med individuell plan i kommunene.

Når det gjelder antallet brukere koordinatorene har ansvar for, har det store flertallet (87 prosent) ansvar for 1 til 5 brukere. Videre har 8 prosent av koordinatorene ansvar for 6 til 10 brukere. Selv om flertallet av koordinatorene har ansvar for relativt få brukere, må det nevnes at 67 koordinatorene (1 prosent) har ansvar for over 20 brukere hver. Dette må betraktes som mange brukere, og det gir grunn til å stille spørsmål ved hvor mye rom den enkelte koordinator har til å oppfylle rollen som koordinator for alle tjenestemottakerne.

