
Individuell plan som redskap i undervisningen

KRONIKK

ANNE KVEIM LIE

a.k.lie@medisin.uio.no

Anne Kveim Lie er professor ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse og utdanningsleder ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HANNE LICHTWARCK

Hanne Lichtwarck er postdok ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo, lege ved Incognito Klinikk og har tidligere vært lege i spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

RONNY RENE RAVEEN

Ronny Rene Raveen er tidligere politimann og har jobbet som FN-diplomat. Han har egenerfaring fra rusmiddelavhengighet og har en master i helsevitenskap. I dag jobber han som forfatter.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TOMMY SJÅFJELL

Tommy Sjøfjell er vernepleier og har en master i psykisk helse og rus. Han er spesialrådgiver ved KORUS Sør, faglig rådgiver i brukerorganisasjonen A-larm og har egenerfaring med rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINDA WUSTHOFF

Linda Wusthoff er spesialist i psykiatri og i samfunnsmedisin. Hun er førsteamanuensis ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo og forsker ved Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGRID AMALIA HAVNES

Ingrid Amalia Havnes er spesialist i psykiatri og i allmenntilleggsmedisin. Hun er overlege ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus og førsteamanuensis ved Enhet voksenspsykiatri, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ved å lære seg å bruke individuell plan i medisinstudiet kan studentene forberedes på en virkelighet der tverrfaglig samhandling, helhetstenkning, påvirkingsarbeid og brukermedvirkning blir stadig viktigere.



Foto: Dmytro Varavin / iStock

Helsetjenesten i Norge står overfor betydelige utfordringer i årene fremover. Blant annet vil demografien endres, med langt flere eldre, knapphet på helsepersonell og et skifte fra institusjonsbasert til mer hjemmebasert behandling (1, 2). Dette kommer til å kreve økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Å sikre helhetlige pasientforløp og god tjenesteflyt mellom tjenester som er organisert så forskjellig, er utfordrende – selv når viljen er der. Pasienter som har behov for tjenester fra mange ulike instanser, er særlig utsatt, og mangelfull

samhandling kan bidra til at de ikke får de tjenestene de har rett på (1). I dagens medisinstudier vektlegges mønstergjenkjenning. Men i møte med mennesker med komplekse liv og langvarige helseutfordringer, i en helsetjeneste under press, holder det ikke å bare tenke i diagnoser og sykehistorie. Fremtidens leger må lære å snu blikket: fra sykdom til ressurser, fra behandling til koordinering, og fra å se individet som en pasient til å se individet som en aktør i eget liv. Individuell plan er et redskap designet for å øke samhandlingen mellom ulike tjenester og gi et helhetlig tilbud til pasienter med kroniske plager (3–8). Derfor innførte vi for ti år siden individuell plan som et obligatorisk arbeidskrav i vår undervisning på medisinstudiet i Oslo. I denne kronikken ønsker vi å dele våre erfaringer med dette, forhåpentligvis til inspirasjon for andre.

Pasientkasus: Anna (44)

Anna har levd med rusmiddelproblemer i over 20 år. Hun har de siste årene brukt alkohol daglig og benzodiazepiner i perioder. Noe har blitt forskrevet av lege, noe har hun kjøpt illegalt. Etter flere år med et utfordrende liv, med økonomiske problemer, psykiske plager og somatiske komplikasjoner, har hun nå vært i et behandlingsopphold i spesialisthelsetjenesten som nærmer seg slutten. Hun skal tilbake til hjemkommunen, og det er mange løse tråder: Hun har ingen fast bolig, har et lite nettverk, sliter med økonomiske utfordringer og har behov for videre oppfølging – både medisinsk, psykososialt og praktisk. Hun har behov for hjelp fra en rekke instanser som ofte ikke snakker sammen.

Samhandling og brukermedvirkning

For pasienter som Anna – og de fleste pasienter med kroniske plager med behov for hjelp fra mange instanser – er det viktigste spørsmålet ikke det legen oftest stiller: «Hva feiler det deg?», men «Hva er viktig for deg?». Det Anna ønsker seg mest, er å kunne bo trygt, ha struktur i hverdagen og få støtte til å holde seg rusfri, eller i det minste få mer kontroll med rusmiddelbruken sin. I en individuell plan kan Anna sammen med sine hjelpere formulere sine mål, og foreslå tiltak som støtter hennes vei videre. Det kan være kontakt med ruskonsulent i kommunen, oppfølging av fastlege, søknad om kommunal bolig, samtale med NAV om økonomi og eventuelt arbeidsrettet tiltak, henvisning til TSB, og kanskje aller viktigst: En dedikert *koordinator* – en person som kjenner henne, følger henne opp og sørger for fremdrift og samordning.

«Å lære seg å utarbeide en individuell plan er en øvelse i empati og systemforståelse, i å tenke tverrfaglig og i å forstå at helse skapes av mer enn biologi alene»

Individuell plan handler ikke primært om medisinsk diagnose eller behandlingsvalg. Det handler om *mål, tiltak og ansvar* – sett fra pasientens ståsted – og hvordan hjelpeapparatet kan jobbe sammen for å nå disse målene. Planen skal svare på spørsmålene: Hva er viktig for deg? Hva trengs for å nå dine mål? Hvem gjør hva – og når? Å lære seg å utarbeide en individuell plan er en øvelse i empati og systemforståelse, i å tenke tverrfaglig og i å forstå at helse skapes av mer enn biologi alene.

Et lovfestet ansvar

Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 7-1) og Spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-5) er det et lovpålagt ansvar å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (9, 10). Kommunen eller helseforetaket skal tilby en koordinator som sørger for samordning og fremdrift. Fastlegen skal bidra med sin medisinske kompetanse og medvirke i utarbeidelsen av planen (§ 19 i fastlegeforskriften) (11).

Individuell plan er altså forankret i et omfattende lovverk (4), men lover alene skaper ikke bedre tjenester. Det må også læres og praktiseres. Dessverre er det fremdeles slik at individuell plan brukes for lite (3, 12). Evalueringer viser at mange pasienter som har rett på en plan, ikke har fått tilbud om det (3, 13). Det kan skyldes utfordringer med de digitale tjenestene, som ofte ikke snakker sammen. En viktig grunn er imidlertid at helsepersonell ikke inkluderer arbeid med individuell plan i sin rolleforståelse, og kanskje heller ikke ser nytten av det selv (3). Brukerorganisasjoner hevder at fagfolk er for dårlige til å fremsnakke individuell plan som «brukerens egen plan og som et redskap for medvirkning» (14).

Retten til individuell plan innebærer ingen garanti for at tiltakene som settes opp i planen, blir gjennomført. Derfor må planen utformes med forslag til konkrete tiltak, og det må tydeliggjøres hvem som har ansvar for oppfølging. Ellers risikerer man at individuell plan bare blir fine ord på et papir. Dette blir studentene drillet i gjennom den praktiske tilnærmingen vi har lagt opp til i undervisningen. Hvis man som student selv må utarbeide en individuell plan, basert på et realistisk kasus utarbeidet i samarbeid med brukerorganisasjoner, får man langt bedre innsikt i hvordan individuell plan kan bli det redskapet det er ment å være. Det gir også en dypere rolleforståelse og økt engasjement i møte med en pasientgruppe som mange føler seg maktesløse overfor.

Hvorfor individuell plan i medisinstudiet?

Grunnen til at vi ønsker at medisinstudentene skal lære seg individuell plan (7), er ikke at de skal beherske den administrative prosessen som individuell plan også er. Det er koordinatoren som skal bistå pasienten i å utforme den individuelle planen, og det er som oftest ikke en lege. Grunnen til at vi ønsker at de skal få inngående kjennskap til individuell plan, handler om følgende:

Å konkretisere samhandling og brukermedvirkning

Myndighetene har gjentatte ganger understreket at individuell plan er et sentralt verktøy i koordinering av tjenester (1). Helsepersonell har en viktig rolle i å informere om og anbefale individuell plan – og det begynner i utdanningen. En individuell plan forutsetter samarbeid mellom ulike aktører, ofte på tvers av sektorer. Studentene får dermed innsikt i hvordan samarbeid i praksis fungerer, og hvilke utfordringer som oppstår når ansvar og roller ikke er tydelig avklart. En individuell plan gjør behovet for, og potensielle gevinster ved, brukermedvirkning og samhandling mer konkret for studentene. Studentene lærer at det ikke er helsepersonell, men pasienten selv som definerer målene i en individuell plan. Dette er viktig for alt skadereduserende arbeid. Det gir også innsikt i hva reell brukermedvirkning betyr, og hva det krever av holdning, språk og kommunikasjon fra hjelperen. Siden leger ofte har valgt å studere medisin ut fra et behov om å hjelpe, og hjelperrollen ikke nødvendigvis er det beste utgangspunktet for et likeverdig samarbeid, gir dette viktig trening som er relevant for utøvelsen av hele legerollen.

Å styrke forståelsen av egenkraft og ressursorientert arbeid

Ved å jobbe med individuell plan får studentene øvelse i å lete etter ressurser – ikke bare symptomer – hos pasientene sine. I stedet for å stille spørsmålet «Hva feiler det deg?», må de spørre: «Hva ønsker du å få til, og hvordan kan vi støtte deg i det?» Dette er en viktig tilnærming i møte med alle pasienter med kroniske tilstander – enten det er KOLS, schizofreni eller rusmiddelavhengighet. Individuell plan krever et annet språk og tankesett enn journalen. Målet er ikke bare å beskrive problemer, men å mobilisere pasientens egne mål og ressurser. Dette er krevende å få til for en legestudent som er blitt vant til å tenke problemorientert, men ikke desto mindre viktig.

Å synliggjøre de strukturelle og sosiale helsedeterminantene

Bolig, økonomi, sosialt nettverk og tannhelse er viktige helsedeterminanter og har særlig betydning for marginaliserte pasienter. I møte med mennesker med rus- og psykiske lidelser, kan slike forhold være avgjørende for om behandlingen har effekt. Når studentene skriver individuell plan for pasienter med rusmiddelavhengighet, får de innsikt i hvordan strukturelle betingelser, som urettferdig fordeling av makt og ressurser, påvirker helse. Dette konkretiserer ellers abstrakte tema som *strukturelle og sosiale helsedeterminanter* i medisinsk utdanning.

Å gi innsikt i hverdagen til pasienter med sammensatte behov

Mange pasienter, som Anna, møter et fragmentert hjelpeapparat. En god individuell plan kan være det som utgjør forskjellen mellom kaos og sammenheng. Medisinstudenter får gjennom hele studiet grundig opplæring i medisinsk faglig forståelse og behandling. Men de får i mindre grad innsikt i hvordan det er å leve som pasient i møte med et fragmentert og krevende hjelpeapparat. Å prøve å sette seg inn i livet til et menneske med rusutfordringer for å skrive utkast til individuell plan, og deretter få personlig

tilbakemelding av en lærer med erfaringskompetanse, tilfører et verdifullt perspektiv. Dette er særlig viktig for pasientgrupper som i liten grad får sin stemme hørt, og som ofte faller utenfor etablerte strukturer.

Et møte med brukerstemmen

I vår undervisning deltar personer med brukererfaring som lærere i undervisningen. Det er også de som retter og gir tilbakemelding på studentenes utkast til individuelle planer. Dette gir en unik læringsmulighet som ikke kan likestilles med lærebøker eller forelesninger.

Gjennom tilbakemeldingene lærer studentene hvordan språk og holdninger kan bidra til enten mestring eller maktesløshet. Når personer med erfaringskompetanse fra rusfeltet bidrar som lærere og evaluatore sammen med universitetslærere og klinikere, får studentene også erfare hvordan tverrfaglig kompetanse og samarbeid kan utøves på en likeverdig måte. Veiledning fra ressurspersoner med egenerfaring bidrar til å se mennesker med brukererfaring med et annet blikk, noe som igjen bidrar til å redusere stigma.

«Tilbakemeldinger vi får fra studenter, viser at arbeidet med individuell plan ofte oppleves som noe av det mest lærerike og utfordrende ved undervisningen i sosialmedisindelen av samfunnsmedisin»

En vanlig misforståelse blant medisinstudenter er at individuell plan ligner en journal. Men der journalen dokumenterer symptomer, diagnoser og behandling, er individuell plan et verktøy for samarbeid og koordinering. Språket skal være tilgjengelig, respektfullt og ressursorientert. Dette språklige skiftet er i seg selv en viktig del av læringen. Det krever at studenten reflekterer over makt, verdier og holdninger – og over hva det vil si å møte et menneske i en sårbar livssituasjon med respekt.

Tilbakemeldinger vi får fra studenter, viser at arbeidet med individuell plan ofte oppleves som noe av det mest lærerike og utfordrende ved undervisningen i sosialmedisindelen av samfunnsmedisin.

Et praksisnært verktøy

Individuell plan i medisinstudiet er mer enn et pedagogisk grep. Det er en konkretisering av det vi ofte snakker om i generelle vendinger, og som er vanskelig å lære bort fordi studentene føler det er selvsagt: Helhetlig behandling, personsentrert omsorg, likeverdighet, samhandling, brukermedvirkning og sosialmedisinsk forståelse har det til felles at det høres lett ut i teorien, men er vanskeligere i praksis.

I møte med pasienter som Anna – og mange andre med behov for langvarige og koordinerte tjenester – vil en lege som forstår verdien av individuell plan og samhandling, ha bedre forutsetninger for å gjøre en forskjell, både for helsetjenesten og for pasientene selv.

Pasienthistorien er fiktiv.

REFERENCES

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 9 (2023–2024) - Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/> Lest 14.6.2025.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023: 4. Helse- og omsorgsdepartementet. Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> Lest 25.6.2025.
3. Jacobsen SE, Østerud KL, Vedeler JS et al. Individuell plan som digitalt samhandlingsverktøy: fortolkning, bruk og avvisning. Tidsskrift for velferdsforskning 2025; 28: 1–13. [CrossRef]
4. Lovdata. Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2022-06-22-1110> Lest 15.6.2025.
5. Holum LC. Individuell plan som verktøy for brukermidvirkning: En evaluering. Tidsskr Nor Psykol foren 2010; 47: 326–8.
6. Lie AK, Jensen T, Lichtwarck H et al. Å sette brukeren i sentrum – allerede som student. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1236–7. [PubMed][CrossRef]
7. Sjøfjell TL, Lie AK, Sørlie E et al. Brukermidvirkning i undervisning – erfaringer fra et utviklingsprosjekt. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2022; 19: 180–94. [CrossRef]
8. Kjellevold A, Skippervik LJB. Retten til individuell plan. Bergen: Fagbokforlaget, 2024.
9. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§7-1> Lest 19.6.2025.
10. Lovdata. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) - Kapittel 2. Ansvarsfordeling og generelle oppgaver. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2 Lest 19.6.2025.
11. Lovdata. Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Kapittel 4. Funksjons- og kvalitetskrav.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/kap4#kap4> Lest 19.6.2025.

12. Hansen ILS, Tofteng M, Holst LS. Et tjenesteområde i utvikling. Fafo-rapport 2021:17. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/et-tjenesteomrade-i-utvikling> Lest 19.6.2025.

13. Ådnes M, Høiseth JR, Magnussen M et al. Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. Rapport 2. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2988554> Lest 16.6.2025.

14. Riksrevisjonen. Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser. Dokument 3:5 (2024-2025). Oslo: Riksrevisjonen; 2025. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Dokumentserien/2024-2025/dok3-202425/dok3-202425-005/> Lest 19.6.2025.

Publisert: 29. juli 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0396

Mottatt 16.6.2025, godkjent 25.6.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.