



08.05.2017

IP i Psykisk helsetjeneste

Bruk av individuell plan i psykisk
helsetjeneste – en kvalitativ studie

«forholdet mellom hjælperene og den der skal hjælpes
maa være saadan, - at man, naar det i Sandhet skal lykkes En
at føre et menneske til et bestemt Sted,
først og fremst maa passe paa
at finde Ham der hvor Han er og begynde der.
Dette er Hemmeligheten i all Hjælpekunst.
Enhver der ikke kan det, Han er selv i en indbiling
naar Han mener at kunde hjælpe en Anden»

«For i Sandhet at kunde hjælpe en Anden,
maa jeg forstaa det Han forstaa.
Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min merviden Ham slett ikke».

Søren Kierkegaard

Forord

Det har vært et privilegium å få muligheten til å fordype seg i litteratur å skrive en masteroppgave. Arbeidet har både vært utfordrende, spennende, slitsomt, men aller mest lærerikt. Å skrive denne studien har gitt meg mulighet til å fordype meg i et tema jeg både jobber og brenner for, og ikke minst har det gitt meg ny og bredere forståelse for et arbeidsfelt jeg allerede kjenner deler av.

Jeg ønsker først å takke de 4 informantene som i en travel hverdag stilte opp og lot seg intervju. Dere har vært positive og imøtekommende, og har bidratt med tanker og erfaringer som har vært nødvendige for å skrive denne oppgaven. Benytter samtidig anledningen til å si at tolkningene i oppgaven står for forfatterens egen regning.

En særskilt takk til min veileder professor Anne Grethe Talseth for all hjelp og støtte underveis i prosessen.

Vil også takke min familie, min mann og ikke minst mine to gutter som jeg nå ser fram til å tilbringe mer tid sammen med.

Til slutt vil jeg takke alle andre som har bidratt med noe på sin måte. Takk for nysgjerrighet, positive ord, tips og støtte.

Tromsø, mai 2017

Anne-Lise Pedersen

Sammendrag

Bakgrunn: Individuell plan er lovfestet rettighet som har som formål at mennesker med langvarige og sammensatte behov for helsetjenester skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2010). Individuell plan er begrunnet i målsettinger som økt brukermedvirkning, organisering og samarbeid.

Problemstilling: Hvilke utfordringer erfarer psykisk helsearbeidere i kommunen ved bruk av individuell plan til psykisk syke brukere?

Formål og hensikt: Formålet med studien er å øke kunnskap og forståelse for utfordringer med bruk av individuell plan innenfor psykisk helsetjeneste. Studien kan bidra til å styrke bruken og anvendelsen av individuell plan i psykisk helsefelt.

Metode: Det er brukt kvalitativ metode for å belyse tema og problemstilling. Data er samlet inn ved hjelp av semi-strukturerte forskningsintervju. Informantene i undersøkelsen består av fire psykiske helsearbeidere som jobber i kommunehelsetjenesten. Analysearbeidet tar utgangspunkt i fenomenologisk analysemetode kalt systematisk tekstkondensering som er modifisert av Malterud (2010). Metoden bygger på prinsippene dekontekstualisering og rekontekstualisering.

Resultater og konklusjon: Deltakerne erfarer utfordringer med bruk av individuell plan knyttet til minst to nivå; Individnivå med avsetting av tid til planjobbing, brukers helseutfordringer og brukermedvirkning; Organisatoriske forhold som ledelse, samarbeidsinstanser og opplæring. Bedre opplæring og styrking av planarbeidet hos ledelsen kan medføre større bruk på individnivå.

Nøkkelord: Individuell plan, Psykisk helsearbeider, salutogenese, brukermedvirkning/empowerment, tverrfaglig samarbeid

Abstract

Background: Individual plan is a statutory right ensuring people with long-term and complex healthcare needs are offered a comprehensive, coordinated and individually adapted service (Directorate of Health, 2010). Individual plans are justified in objectives such as increased user involvement, organization and collaboration.

Issue: What challenges experience mental health professionals in the municipality by using the individual plans for mentally ill users?

Purpose: The aim of the study is to increase knowledge and understanding of challenges met while using the individual plan within mental health services. The study can help strengthen the use and application of individual plans within the mental health section.

Method: Qualitative methodology has been used to illustrate the topic and issue. Data is collected using semi-structured research interviews. The surveyors consist of four mental health workers working in the municipal health service. The analysis is based on phenomenological methods of analysis called systematic text condensation that has been modified by Malterud (2010). The method is based on the principles of decontextualization and recontextualization.

Results and conclusion: The study shows that participants using the individual plan are experiencing challenges associated with at least two levels; Individual levels and time for planning, users health challenges and user involvement; Organizational challenges such as training and interdisciplinary collaboration. Improved training and strengthening of the planning process within the management can lead to greater use of the individual plan at an individual level.

Keywords: Individual plan, mental health, salutogenesis, user involvement/empowerment, interdisciplinary collaboration

INNHOLDSFORTEGNELSE:

1	INNLEDNING.....	9
1.1	Bakgrunn for studiet	9
1.2	Presentasjon av problemstilling	10
1.3	Formål med studien	11
1.4	Oppgavens oppbygging.....	11
2	FORSKNING PÅ OMRÅDET OG TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	12
2.1	Forskning på området.....	12
2.1.1	Oppsummering forskning på området.....	17
2.2	Teoretiske perspektiver.....	18
2.2.1	Psykisk helsearbeid.....	18
2.3	Psykisk sykdom og helsefremmende arbeid	19
2.3.1	Å være psykisk syk.....	19
2.3.2	Helsefremmende arbeid.....	20
2.4	Individuell plan og organisering.....	21
2.4.1	Målsetting – hvorfor individuell plan.....	21
2.4.2	Lovgrunnlaget i individuell plan.....	22
2.4.3	Innholdet i individuell plan.....	24
2.4.4	Hjelperrollen og Koordinatorrollen i individuell plan.....	24
2.4.5	Ansvarsgruppe – en måte å organisere individuell planarbeidet.....	26
2.5	Brukermedvirkning og individuell plan.....	26
2.5.1	Individuell plan som brukers plan - sett i lys av helsefremmende teoris. ..	26
2.5.2	Brukermedvirkning og empowerment.....	28
2.6	Organisering og opplæring av individuell plan.....	29
2.6.1	Organisering.....	29
2.6.2	Opplæring.....	30

3 METODEDEKAPITTEL.....	31
3.1 Valg av forskningsmetode.....	31
3.2 Det kvalitative forskningsintervju.....	33
3.3 Forskerens rolle.....	33
3.4 Utvalg og rekruttering av deltakere.....	35
3.4.1 Utvalg.....	35
3.4.2 Rekruttering	35
3.5 Intervju	37
3.5.1 Intervjuguide og pilotintervju	37
3.5.2 Gjennomføring av intervju	38
3.6 Transkribere	40
3.7 Etske vurderinger	41
3.8 Nødvendige søknader.....	41
4 ANALYSE.....	42
4.1 Trinn 1.....	43
4.2 Trinn 2.....	43
4.3 Trinn 3.....	44
4.4 Trinn 4.....	45
5 PRESENTASJON AV FUNN.....	46
5.1 Kategorier og subtema.....	46
5.2 Individuell plan – et verktøy i helsetjenesten.....	46
5.2.1 Å anvende individuell.....	46
5.2.2 Å være hjelper og koordinator i individuell plan.....	48
5.2.3 Ansvarsgruppe – alternativ til individuell plan.....	50
5.3 Brukermedvirkning og individuell plan.....	51
5.3.1 Å gi brukerne en medvirkning i utforming av individuell plan.....	51
5.3.2 Å åpne opp for brukers ressurser.....	53

5.4 Organistere individuell plan i helsetjenesten.....	55
5.4.1 Å avsette tid og ressurser.....	55
5.4.2 Å avsette tid til opplæring.....	56
5.5 Oppsummering av funn.....	57
6 DRØFTING AV FUNN.....	58
6.1 Individuell plan – et verktøy i helsetjenesten.....	58
6.1.1 Hjelperrollen og koordinatorrollen i individuell plan.....	59
6.1.2 Sykdomsbildet til bruker.....	61
6.1.3 Ansvarsgrupper – alternativ til individuell plan.....	62
6.2 Individuell plan og brukermedvirkning.....	63
6.2.1 Brukers medvirkning i utforming av individuell plan.....	63
6.3 Organistere individuell plan i helsetjenesten.....	66
6.3.1 Tid og ressurser.....	66
6.3.2 Opplæring.....	68
7 METODISKE OVERVEIELSER.....	69
7.2 Reliabilitet.....	70
7.3 Validitet.....	70
8 Oppsummering av studien og avsluttende kommentar.....	72
8.1 Oppsummering av studien.....	72
8.2 Refleksjoner og implikasjoner for praksis.....	72
8.3 Videre forskning.....	73
8.4 Konklusjon.....	73

Litteraturliste

Vedlegg 1. NSD

2. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt
3. Samtykkeerklæring
4. Intervjuguide

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for studien

Valg av tema har sin bakgrunn i egen erfaring gjennom mange år med å koordinere tjenester og arbeid med individuell plan (heretter kalt IP) innenfor psykisk helsevern. Gruppen jeg har jobbet med har i stor grad vært avhengig av mange typer tjenester, fra ulike aktører over tid, og har hatt problemer både med rusavhengighet, psykose, eller begge deler. Det som går igjen i disse sakene er behovet for tiltak på ulike arenaer som bolig, økonomi, aktiviteter, jobb eller annen form for sysselsetting. Erfaringen viser at for å skape potensiale for endring er det behov for koordinerte og fleksible tiltak over tid. Erfaringen med å være koordinator innenfor psykisk helsetjeneste har vært både givende, men også både tid og arbeidskrevende. I tillegg viser det seg ofte at de kommunale tjenestene og tiltak i spesialisthelsetjenesten ikke alltid er samkjørte verken internt eller eksternt. Gjennom samhandlingsreformen som ble innført fra januar 2012 fikk kommunen større ansvar for å sørge for sine borgeres behov for helsetjenester. Tanken bak samhandlingsreformen er at den skal bidra til en større vekt på forebygging og helsefremmede arbeid, mer forebygging, økt brukerinnflytelse og gi bedre koordinerte tjenester gjennom forpliktende samarbeidsavtaler. Det er også gitt føringer fra verdens helseorganisasjon (WHO) om at det skal settes økt fokus på brukers rett til medvirkning og bedre koordinering av tjenestene, spesielt for mennesker med psykiske lidelser (WHO, 1986, 2005).

For å få til bedre koordinering og øke samhandling innenfor psykisk helsefelt har Helsedirektoratet i veileder «sammen om mestring» lagt vekt på at individuell plan er et viktig verktøy for samhandling innenfor psykisk helsefelt. Gjennom ny helse- og omsorgstjenestelov som trådte i kraft 1. januar 2012 samt forskrifter om habilitering, rehabilitering, koordinator og individuell plan styrker kommunens ansvar i forhold til utarbeidelse og oppfølging av IP. I følge Nasjonale mål for 2012 forventes det også at kommunene sørger for at det legges til rette for brukermedvirkning og økt bruk av individuell plan (Helsedirektoratet, 2011). I følge helsedirektoratet skal alle de som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom pasienten ønsker det. En IP er et viktig verktøy for å sette sammen et helhetlig og sammenhengende tilbud ut fra gjeldende behov (Helsedirektoratet 2015).

Selv om retten til IP kom inn i Lovverket i 2001 har langt fra alle som har behov for en IP har fått utarbeidet en plan. Det ble i 2005-06 utført en nasjonal undersøkelse for å kartlegge antall personer som har behov for en IP. Undersøkelsen viste at ca. 3% av Norges befolkning hadde behov for en IP, men kun 0,5% hadde fått en IP utarbeidet (Bjerkan 2009). I følge en nasjonal kartlegging gjennomført av Helsedirektoratet i 2011 vedrørende bruk av IP viser beregninger at 0,58% av Norges befolkning har en IP (Helsedirektoratet, 2011).

Dette viser at langt fra alle dem som i utgangspunktet fyller kriteriene for en individuell plan etter loven har det pr. i dag. Det er vanskelig å si hva som er årsaken til dette, samtidig som det stadig utvikles bedre verktøy for å utvikle individuell plan. Mange kommuner i Norge har gått over til digitale verktøy for individuell plan, og Tromsø kommune har valgt et digitalt system som har vært i bruk siden 2014, og er i bruk innenfor psykisk helsefelt. Den digitale IP erstatter tidligere papirutgave, og skal dekke det samme behovet for planarbeid. Antallet planer er ikke endret i særlig grad innenfor psykisk helsefelt etter overgang til digitalt system ifølge årlig kartlegging av individuelle planer. Det at antall planer fortsatt er stabil i kommunen til tross for økt fokus innenfor psykisk helsefelt samt bedre samhandlingsverktøy gjør at jeg ønsker å forske på de erfaringer som psykisk helsearbeidere har med individuell plan og hva som eventuelt oppleves som utfordrende.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Det er nå 16 år siden individuell plan ble lovhjemlet for at brukere skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det viser seg at bruken av IP ikke har økt noe særlig innenfor psykisk helsefelt siden det ble lovhjemlet, og jeg ønsker med denne studien å undersøke hvilke utfordringer psykisk helsearbeidere erfarer med bruk av IP.

Jeg har valgt følgende problemstilling:

- **Hvilke utfordringer erfarer psykisk helsearbeidere i kommunen ved bruk av individuell plan til psykisk syke brukere?**

Avklaring av begreper brukt i problemstillingen kommer i kap. 2.

1.3 Formål med studien

Formålet med studien å øke kunnskap og forståelse for utfordringer psykisk helsearbeidere i kommunen erfarer med bruk av individuell plan i psykisk helsetjeneste. Studien kan bidra til å styrke bruken og anvendelsen av individuell plan i psykisk helsefelt.

1.4. Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 presenteres tidligere forskning og teoretisk rammeverk for studien for å gi leseren oversikt over kunnskapsstatus med tanke på tema og problemstilling. I kapittel 3 presenteres metodekapittelet; det inneholder valg av forskningsmetode, gjennomføring av undersøkelsen, etiske vurderinger, nødvendige søknader. I Kapittel 4 presenteres analyseprosessen. I kapittel 5 er det presentasjon av funn. I kapittel 6 drøftes funn i studien med utgangspunkt i oppgavens teoretiske ramme, tidligere forskning og problemstillingen. Kapittel 7 inneholder metodiske overveielser, og kapittel 8 inneholder en oppsummering av studien samt implikasjoner for praksis og videre forskning.

2. FORSKNING PÅ OMRÅDET OG TEORETISKE PERSPEKTIVER

Under dette kapittelet vil jeg presentere tidligere forskning, teori og relevante begreper sett i lys av oppgavens problemstilling. Begrepene psykisk helsearbeid, helsefremmende arbeid, individuell plan, brukermedvirkning, empowerment og organisatoriske utfordringer utmerker seg som begreper i mitt utvalg av forskningsartikler og litteratur forøvrig.

2.1 Forskning på området

Det ble i 2006 estimert at 3% av befolkningen var i behov av IP, mens kun 0,4% hadde en plan (Bjerkan, 2009). Innenfor psykisk helsevern ved DPS var det i 18% av pasientene som hadde en IP (Gråwe, Hatling og Ruud, 2008). Gjennom brukerplan som i utgangspunktet er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av kjent rusmiddelbruk, ble utvidet i 2015 til også å gjelde kartlegging av personer med kjent psykisk helseproblem. Gjennom kartlegging i 2015 foretatt av ansatte innen helse- og velferdstjenesten i den enkelte kommune viste at bare 8% av brukerne med psykisk helseproblem hadde en IP (Helsedirektoratet, 2015). Riksrevisjonen har gjort en undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten fra 2012. Der oppgir halvparten av de undersøkte at de ikke kjenner til IP, og omtrent like mange oppgir at de ikke har blitt tilbudt en IP. Forskning som er gjort både nasjonalt og internasjonalt viser at det er krevende og utfordringer knyttet til det å oppnå tilfredsstillende samhandling og koordinering innenfor helse- og omsorgstjenester for brukere som har behov for tjenester fra ulike tjenesteytere på ulike nivå (Holum, 2013, Vold Hansen, 2007).

Det har nasjonalt de senere årene vært gjennomført noen få større forskningsprosjekter rundt bruken av IP. Det finnes en del litteratur på området rundt brukermedvirkning, og IP, men jeg finner lite forskning på bruk av IP til psykisk syke brukere. Ved å benytte søkeord som individuell plan, psykisk syke, nettbasert individuell plan, patient care planning, web based care planning, individuell plan og lignende, finner jeg en del litteratur. I tillegg har jeg søkt på kombinasjon av ordene med brukererfaring, brukermedvirkning, erfaring og digital IP. Det er søkt i ulike anerkjente databaser som offentlige dokumenter, Oria`s databaser, Medline ovid. Disse databasene er valgt fordi de alle er relevante i forhold til å finne litteratur innenfor feltet helse- og sosialfag som er knyttet til min problemstilling. Selv om jeg ikke fant mange treff på tema psykisk helsearbeider og IP i kombinasjon, fant jeg flere treff på IP,

helsearbeider, samt brukermedvirkning. Jeg har gjort et utvalg av forskning som jeg finner relevant i forhold til min problemstilling og som belyser funn og teori på feltet.

En doktorgradstudie gjennomført av Holum (2013) viste at IP fungerte som et hensiktsmessig verktøy for brukermedvirkning og samhandling i bare én av fire saker for ungdom og unge voksne med omfattende psykiske lidelser. I tilfeller der den fungerte hang det sammen med kompetansen og erfaring som koordinator og fagperson har betydning for rollen som plankoordinator, og at koordinator har tilstrekkelig grad av beslutningsmyndighet, legitimitet og stabilitet, samt egnethet. Resultatene i studien er tredelt med beslutningsmyndighet og ansvar, koordinators betydning for planarbeidet og brukernes forutsetninger og ønsker. De to første kategoriene viser hvordan muligheter som ligger i å få til intensjonen med IP henger nøye sammen med overordnet struktur (ibid).

Vold Hansen (2007) har gjennomført en doktorgradsstudiet om bruk av IP i kommunal sektor. Forskningsprosjektet omhandler bruk av IP i kommunal sektor, med vekt på forståelsen av det samarbeidet og de beslutningsprosessene som foregår i planarbeidet. Resultatene fra studien viser at begrensninger i brukermedvirkning i stor grad er et resultat av manglende ressurser og begrenset tiltaksrepertoar i kommunene. Resultatene viser også at helsearbeiderne er positive til å gi brukerne innflytelse på utforming av tiltak, men begrensningen ligger hos brukerne som ikke klarer å utnytte denne muligheten. Det kom også fram i studien at en viktig forutsetning for at tjenestemottakerne skal kunne utnytte arbeidet med individuelle planer og oppnå økt brukermedvirkning, er at de både har klare mål og at de forstår hensikten med planen. Undersøkelsen viser også at ansvarsgrupper kan være en arena der det er muligheter både for å samarbeide og for å komme frem til pragmatiske løsninger. Det viktigste er likevel at dette er en arena der tjenestemottakerne kan utøve innflytelse. Det kom også fram i studien at det viser seg at de profesjonelle sitter med definisjonsmakten av hva som er akseptable behov, og definerer hvilke behov bruker har (ibid).

I følge Sverdrup, Myrvold og Kristofersen (2007) er det mye som tyder på at hjelpeapparatet i liten grad tar ansvar for å utarbeide individuell plan, selv om bruker har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det ble gjennom intervjuene konstatert at tjenestemottakerne i større grad kunne bli involvert av behandlerne i beslutninger som gjaldt behandlingen (ibid).

Michaelsen, Vatne og Holligen (2007) anbefaler individuell plan som verktøy for at den kan bidra til å starte en prosess der brukere får mulighet til å gå inn i en aktiv rolle i utformingen av eget liv. Det kommer også fram at de mener det kan vær problematisk å involvere brukerne til å medvirke, fordi mange brukere over tid har utviklet en passiv rolle. I tillegg til at profesjonelle hjelpere har lave forventninger til brukernes deltakelse (ibid). Bakke (2005) fant i sin studie det hun mener å kan tyde på en mer aktiv og deltakende pasientrolle. Studien viste at deltakerne både hadde meninger og synspunkter om egen situasjon, og var opptatte av egen innflytelse i planarbeidet (ibid)

En evalueringsrapport av Trefjord og Hatling (2004) av et samhandlingsprosjekt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten så på betydningen av felles opplæring for alle som arbeider med individuell plan på tvers av tjenester og nivåer. Konklusjonene her er at det anbefales blant annet at de ulike etater og nivåer går sammen om opplæring, utvikling av rutiner og hvordan oppgaver og ansvar skal fordeles. Rapporten peker også på betydningen av dialog preget av tillit, åpenhet og likeverd mellom koordinator og brukeren for at intensjonen med at det er brukers plan skal stå i fokus (ibid).

En studie gjennomført av Lorentsen og Berge (2006b) viser at mange tjenesteytere er opptatte av å jobbe med IP, men vanskeligheter på systemnivå gjør det vanskelig å sette den ut i praksis. Konklusjonen i denne studien er at for å oppnå det fulle potensialet med IP må blant annet ordningen være bedre organisert og koordinert på det politiske og administrative nivå i kommunen. I tillegg er det behov for utarbeidelse av metoder, prosedyrer og rutiner for IP, og bedre dokumentasjonsverktøy og rutiner for opplæring (ibid).

Holck (2004) forsket på tjenesteyting overfor barn med funksjonsnedsettelse og berørte derved IP som en faktor. Disse forskningsprosjektene har svært forskjellig bakgrunn og ulike problemstillinger. De felles funn man likevel kom fram til er at IP ikke brukes i ønsket omfang, samt at det er utfordringer knyttet til mangel på ressurser og uklare beslutningslinjer. Det vurderes også som viktig å se på koordinatorrollen for å imøtekomme de forskjellige brukergruppers behov for oppfølging (ibid).

I Thommesen, Normann og Sandvin (2003) sin studie ”Individuell plan. Et sesam, sesam?” var hensikten å finne ut om individuell plan kan være et nyttig verktøy for å sikre koordinerte og sammenhengende behandlingsskjeder for personer med behov for slike tjenester. Forskerne intervjuet 40 personer med erfaring fra arbeid med individuelle planer, hvor ni var pasienter. Resultater fra studien viser at gruppen som helhet stort sett var meget godt fornøyd med individuell plan. I konklusjonen beskrives noen forutsetninger for at arbeidet skal lykkes: Koordinatoren må greie å snu fokus fra seg selv og over til brukeren, informasjon om ordningen må gis slik at brukerne vet hva de går inn i, brukerne må bli lyttet til, møtt med respekt, tillit og oppmuntring, og få hjelp til å se muligheter. I konklusjonen understrekes det at individuell plan forutsetter en ny og annerledes måte å arbeide på, blant annet når det gjelder relasjoner og maktfordeling. Den profesjonelle distansen utfordres, fordi samarbeidet mellom kontaktperson og brukeren må være tettere for å lykkes i planarbeidet (ibid).

En studie gjort av Helen Bull (2006) finner at samarbeidsprosessen i IP arbeid er viktig, og at det kom fram at dette var av betydning for at brukerne skulle komme fram til egne ønsker og mål i planen. Hun fant også ut at det er en grunnleggende asymmetri i maktforholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Studien viste at tjenesteyterne hadde for stor makt i forhold til brukerne (ibid).

Under Helsedirektoratet regionale konferanser om individuell plan i 2008, hvor brukere/pasienter, pårørende og fagfolk deltok er tilbakemeldinger fra konferansene samlet i rapporten ”Jeg har en plan”. En av tilbakemeldingen som kom fra her var at brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt på som viktig i IP-arbeidet. I tillegg ble koordinatorrollen løftet fram som viktig. Koordinatorrollen er sentral i arbeidet med IP, og det ble fremmet av deltakerne at myndiggjøring av rollen er et viktig tiltak og et ansvar som ledelsen må tilrettelegge for (Helsedirektoratet, 2009).

Jeg har videre valgt å søke innenfor nettbasert IP da dette er et verktøy som brukes av de informantene studiet omfatter. Det er foretatt en studie av Bjerkan (2010) hvor hensikten var å evaluere testing og utvikling av nettbasert verktøy. Konklusjonen på dette studiet var at

nettbasert verktøy krever mer av organisatoriske grep da samme verktøy skal benyttes av mange instanser. Studien viser også at det er behov for tekniske ferdigheter hos deltakerne for å implementere en elektronisk versjon av individuell plan (ibid).

Dette bekreftes også at en undersøkelse utført av Holligan (2008) hvor utarbeidelse og oppfølging av IP fortsatt er utfordrende selv etter innføring av nettbasert verktøy (ibid). En studie i forhold til teknologidrevet samhandling i offentlig sektor viser også til funn der erfaringer med innføring av nettbasert verktøy for IP ikke bare er positive (Tosterud 2007).

I sin masteroppgave undersøkte Hollingen (2008) hvilke erfaringer brukere har med nettbasert individuell plan. Studien er en kvalitativ undersøkelse hvor 10 deltakere med psykiske lidelser deltok. Resultatene herfra viser at deltakeren erfarte at nettbasert bruk av individuell plan hadde gitt dem muligheten til å jobbe mer målbevisst og konstruktivt med eget liv. De hadde også opplevd økt livskvalitet og opplevde en form for myndiggjøring ved at de fikk et personlig ansvar i planarbeidet. Flere av brukerne mente at det var lettere å arbeide med den nettbaserte planen, enn papirutgaven, og mente at å samhandle på nett er framtidsrettet (ibid).

IP blir også brukt i andre nordiske land. I Danmark har de en modell som de kaller individuell handleplan, som er forankret i Serviceloven. Den plikter å tilby brukere med fysiske eller psykiske handikap en plan (Blickfeldt Juliussen, 2004). Planen blir mest brukt overfor brukere som bor i sosialboliger og er under behandling, og er ment sikre koordinering og samarbeid. Jeg finner ikke forskning på planene, men konklusjonen er at det er krevende å bruke planene i henhold til intensjonen. Sverige har en modell som også kalles individuell plan, som brukes innenfor primærhelsetjenesten, hovedsakelig innenfor psykiatrisk hjemmetjenester. Målet med planen er skriftliggjøring av brukers mål og behov, i tillegg til koordinering av tjenester. Modellen har ikke tilsvarende lov forankring som i Norge (Berger mfl., 2009). Det er gjort en evalueringsrapport i 2009 som konkluderer med at planen ikke brukes i den grad eller omfang som anses å være hensiktsmessig (ibid).

Jeg finner ikke at andre land utenfor Norden har en plan lik vår IP, men det finnes en del studier på andre måter å organisere tjenester på som skal sikre koordinering og behandling

overfor brukere med store og sammensatte behov innenfor rus og psykisk helsefelt. Forløpet til den norske modellen for IP har sitt utspring fra USA hvor de utviklet modeller for samhandling mellom helse- og sosialarbeidere og brukerne. Eksempler på slike modeller er de amerikanske modellene ”coordinated care”, ”seamless care” og ”managed care”. Det er flere CM-varianter, men alle modellene springer ut fra en ide om bedre samordning av tjenestetilbudet til enkeltpasienter, og at det skal være en koordinator for pasientene, samt at pasientens rolle og evne til egen ivaretagelse skal styrkes (*ibid.*). En metode Goal-Attainment-Scaling (GAS) regnes av enkelte som en tidlig forløper til de senere IC-modellene (Kiresuk, Smith og Cardillo, 1994), og som en forløper for utviklingen av den norske individuelle planen, i henhold til Lorentsen et al (2006a).

Flere norske kommuner har innført ACT (Assertive community treatment) modellen som er en avlegger av de tidligere CT-modellen, og er både en behandlingsmodell og en måte å organisere tjenestene på. Studier viser at det er sprikende funn når det gjelder effekten av CM- og ACT-modellene. Noen artikler konkluderer med at CM er å regne som en effektiv intervensjon i psykiatri (Holum, 2013).

2.2 Oppsummering forskning på området.

Det kan synes som at selv om IP har vært i bruk siden 2001 er det fortsatt utfordringer knyttet til å benytte verktøyet i tråd med intensjonen, og antall IP har ikke økt nevneverdig siden den ble innført. Det som går igjen gjennom forskningen er at det er krevende å oppnå tilfredsstillende samhandling og koordinering når det gjelder mennesker med psykiske vansker som er i behov av et bredt spekter av tjenester. Mangel på ressurser og uklare ansvars- og samarbeidsforhold er en utfordring. I tillegg pekes det på uklarheter omkring koordinatorrollen og forventninger til koordinator samt at ulike brukergrupper har forskjellige behov for oppfølging.

2.2. TEORETISKE PERSPEKTIV

For å finne teori brukt i denne oppgaven har jeg lest meg opp på tema vurdert utfra studiens problemstilling for best mulig kunne besvare forskningsspørsmålene. Sentral teori er psykisk helsearbeid, psykisk sykdom og helsefremmende arbeid, individuell plan, brukermedvirkning og organisering og opplæring. Dette er teori som vurderes å kunne belyse studiens problemstilling som er utfordringer psykisk helsearbeidere erfarer med bruk av IP til psykisk syke brukere.

2..2.1 Psykisk helsearbeid

Synet på psykisk helsearbeid har endret seg de siste 50-60 årene, og dette tenker jeg også har betydning for framveksten av brukermedvirkning og utvikling av IP. Fra 1950-årene har nedbygging av institusjoner vært et fremtredende trekk ved psykisk helsevern i europeiske og vestlige land. Endringene dreide seg særlig i synet på behandling og samarbeid i psykisk helsearbeid. Gjennom opptappingsplanen for psykisk helse fra 1999-2006 ble det enda sterkere fokus på et helhetlig syn på mennesket hvor ulike sider rundt personens psykiske helse spiller inn. Psykisk helsearbeid som begrep kom gjennom opptappingsplanen for psykisk helse. Betegnelsen brukes for at helsetjenesten ikke lenger skal knyttes til den medisinske spesialiteten psykiatri. Begrepet psykisk helsearbeid rommer også en erkjennelse av at det har vært av begrenset nytte og verdi i arbeidet med psykisk helse og utelukkende knytte til den psykiatriske perspektiv med vekt på sykdomsmodell. Opptappingsplanen har som et grunnleggende kunnskapsmessig prosjekt å forstå mennesket og dets psykiske helse på en langt mer utvidet måte enn hva den psykiatriske tradisjonen gjør. Gjennom et forpliktende samarbeid mellom brukerne selv, pårørende og fagfolk skal brukerens rolle styrkes. Et samarbeid skal preges av anerkjennelse av brukernes og pårørendes egne erfaringer med og kunnskap om bedrings- og mestringsprosesser. Psykisk helsearbeid skal omfatte organisering av og innholdet i alle hjelpetiltak for å bedre pasientens psykiske helse, og de som trenger det skal få samordnet, individuelt tilpasset hjelp (Karlsson, B, Borg, M, 2013).

Betegnelsen psykisk helsearbeid er i dag blitt en samlebetegnelse på tverrfaglig klinisk arbeid overfor mennesker med psykiske lidelser. Dette vil si på en annen måte teorier og tilnærminger som omfatter hvordan ulike profesjoner med helsefaglig bakgrunn samarbeider om å bedre tilværelsen for brukere med psykiske lidelser (Solfrid Vatne, 2012). Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i kommunen forutsettes å legge til rette for prosesser som

styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne og tilpasning i lokalsamfunnet (HOD 2012a). For å få dette til må tjenesteapparatet rundt bruker samarbeide for å få til et helhetlig tjenestetilbud. Agenda (2007) finner også at psykisk helsearbeidere motiveres når de har fokus på helheten i oppfølgingen (ibid). Opptrappingsplanen oppfordrer også til et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk i fokus. Dette føyer seg inn i det som er formålet med individuell plan.

2.2.2 Psykisk sykdom og helsefremmende arbeid.

For å forstå hvilke utfordringer som ligger i bruken av IP på individnivå er det relevant å se på den kunnskapen som ligger til grunn i helsefremmende perspektiver som, sykdomsbegrepet brukerperspektivet, brukermedvirkning, empowerment, salutogenese og samarbeid. Dette er også kunnskap som fremheves av WHO i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser (WHO, 1986, 2004)

2.2.3 Å være psykisk syk

Psykiske lidelser er vanlig i vårt samfunn. For mange får psykiske lidelser alvorlige konsekvenser for levealder, livskvalitet og funksjonsevne. I tillegg påvirker psykiske lidelser ofte selvbildet eller evnen til initiativ (Aarre, 2010). I tillegg kan sykdomsbildet ved psykiske lidelser med tilbaketrekking, taushet og angst kan ofte representere en spesiell utfordring for hjelpeapparatet og kan stå i motsetning til en aktiv og utadvendt brukerrolle. Psykiske problemer kan i perioder også gjøre det vanskelig å holde avtaler og kan medføre ustabilitet fordi en ikke alltid har krefter til å følge opp (Almvik, A, og Borge, L, 2006).

IP handler for den syke om aktiv deltakelse i egen prosess med å utforme en plan med mål, delmål og tiltak. Dette har vært med på å fremme en gradvis endring av rollefordeling mellom bruker og hjelper. Det som imidlertid kjennetegner de som er mottakere av IP er at de sjelden er i en situasjon hvor de er i stand til selv å ta full styring rundt det med koordinering og ta grep om egen situasjon fullt ut. Dette medfører at man ikke oppnår full brukerstyring ved utarbeidelse av IP. Selv om fokuset fortsatt er fokus på brukers delaktighet i IP arbeid og økt innflytelse på eget liv er det fortsatt dessverre slik at brukere kan tillegges manglende innsikt i

egen situasjon og sykdom om vedkommende ikke sier seg fornøyd med de tjenester som tilbys (Munro, Ross og Reid, 2006).

2.2.4. Helsefremmende arbeid

Sett ut fra et helsefremmed perspektiv finner jeg begrepet salutogenese nyttig når jeg skal se på de virksomme elementene i IP. Salutogenese ble utviklet som en motvekt til patogenese (utvikling av sykdom). Salutogenese fokuserer på hvordan mennesket som utsettes for sykdomsfremkallende faktorer likevel tilpasser seg for å øke mestring, helse og velvære, og det som bidrar til å opprettholde god helse. Teorien om Salutogenese ble utviklet av Aron Anonovsky på 1980- tallet. Ordet kommer av saluto (helse) og genese (opprinnelse eller tilblivelse) (Almvik og Borge, 2006). Salutogenese definerer graden av helse og leter etter faktorer som kan skape en høyere grad av helse. I dette ligger det at personens historie er viktig. Dette i motsetning til patogenese som har et diagnosefokus hvor mennesker blir klassifisert som syke eller friske. Innenfor salutogenese er idealbehandlingen skreddersyng, mens det innenfor patogenesen søker etter den rette kur (ibid).

Teorien om salutogenese bygger på et positivt og tverrfaglig helsebegrep som egner seg for grunnlagstenkingen innenfor psykisk helsearbeid (Almvik og Borge, 2006). Antonovsky betegner helse som et flerdimensjonalt kontinuum (grader av helse) befinner alle oss seg en plass mellom helse og uhelse og gjennom salutogenese kan være med på å finne ut hvor den enkelte befinner seg til enhver tid. Hans fokus er på hvilke ressurser som bidrar til at noen mennesker opprettholder og utvikler bedre helse til tross for ulik belastning. Videre veklegges det at bedring av helse skjer gjennom følelsen av mestring og opplevelsen av sammenheng (OAS). Følelsen av sammenheng – sense og coherence (SOC), blir regnet som det som har mest betydning for helsen. Denne deles videre opp i tre komponenter: begriplighet, håndterbarhet og meningsfullhet (ibid). Ved psykisk lidelse kan følelsen av sammenheng gjennom læreprosessen bli redusert. For at noe skal være begriplig må det finnes rutiner, mønstre, årsaker og konsekvenser som personen kan støtte seg til. Dette fordrer at den sosiale og fysiske verden ikke stadig endrer seg. For å oppleve en følelse av håndterbarhet er det viktig at den enkelte ikke stilles krav som overstiger den enkeltes ressurser. Den siste komponenten vil være at den enkelte opplever verden som meningsfull (ibid). Det er en fare for at en kan oppleve seg selv som et objekt og stiller seg likegyldig til hva man selv gjør

dersom andre skal bestemme reglene, oppgavene og oppnår resultatene. På denne måten kan verden oppleves uten mening (Almvik og Borge, 2006). Verden kan oppleves mer meningsfull hvis den som mottar tjenester innenfor psykiske helsetjenester selv kan delta og påvirke utfallet. Ut fra et helsefremmed perspektiv vil man jobbe ut fra å gjøre tjenestemottaker aktivt handlende, både i forhold til relasjoner, mestring og vekst. Jo høyere grad av personlige og kollektive motstandsressurser en har tilgjengelig og kan anvende, desto høyere grad av helse vil en oppnå (ibid).

Det salutogene perspektiv vil være et viktig element i utarbeidelsen av IP hvor man vil aktivere og styrke ressurser hos bruker. Innenfor det salutogene perspektiv vil oppmerksomheten rettes mot de faktorer som remme bevegelse i retning av helseenden av kontinuumet. Fokus vil være på faktorer som kan være helsebringende istedenfor å se på de faktorer som fører til sykdom.

2.3 Individuell plan og organisering

2.3.1 Målsetting – hvorfor individuell plan

Formålet med individuell plan og koordinator fremgår av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1 er å:

- *sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.*
- *Sikre at pasient og brukers medvirkning og innflytelse*
- *Styrke samhandling mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende*
- *Styrke samhandling mellom tjenesteyter på tvers av fag, nivåer og sektorer*

For å sikre formålet med planen er det viktig med brukermedvirkning, styrking av samarbeid mellom helsetjenesten og økt grad av koordinering og tydelig ansvarsfordeling. I følge Helsedirektoratet er det videre tenkt at IP skal være en overordnet plan. Det vil si at den skal

samordnes med eventuelle andre planer som foreligger, som for eksempel krise/mestringsplaner innenfor psykisk helse og behandlingsplaner. Formålet er videre at dette igjen skal bidra til forutsigbarhet og økt trygghet for den enkelte. Videre er det viktig at det er brukerens egen mål og behov, sammen med faglige vurderinger som skal legge grunnlaget for utformingen av planen (Helsedirektoratet 2011).

Krav til varighet av planen bør ses i sammenheng med behovet for samordning av tjenester. Selv om det bare er behov for få tjenester eller behovet bare strekker seg over noen måneder, kan behovet for en strukturert planprosess med konkrete mål gjøre at individuell plan er et egnet verktøy. I formålet for individuell plan ligger det også at behov fra andre tjenester fra andre sektorer hører med i den helhetlige vurderingen. Individuell plan kan både beskrives som et verktøy i form av et planleggingsdokument, i tillegg til at det er en strukturert samarbeidsprosess. Dette medfører at planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Det er viktig å ha med seg at retten til individuell plan ikke er avgrenset til å gjelde pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering (helsedirektoratet, 2015).

2.3.2 Lovgrunnlaget i individuell plan

IP er hjemlet i et bredt spekter av ulike lovverk mens retten til individuell plan er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Plikten til å utarbeide en IP er regulert i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, Psykisk helsevernlov § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-6. Bestemmelsen rundt IP ble først lovregulert 1. juli 2001, og fram til 2007 skulle også pasienter under tvunget psykisk helsevern ha en IP uavhengig om de selv ønsket det. I 2007 ble dette endret slik at det ble en frivilling ordning for alle. Det er også tatt inn bestemmelser både i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, og barnevernsloven. Det er omtrent lik ordlyd i lovparagrafene og de inneholder alle begrep som «behov for langvarige og koordinerte tjenester» og «helhetlig tjenestetilbud». Det går også fram at kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å ivareta behovet for koordinering. Det framgår også av loven at retten til individuell plan er uavhengig av alder, diagnose og funksjon. Det at behovet skal være langvarig antas at behovet strekker seg over en viss tid, men uten at det behøver å være evig. Det at det skal være koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester.

Retten innebærer både det å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og at det skal legges til rette for at dette kan skje, jfr. Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1. Retten til deltakelse innebærer også at pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren ønsker det. Dersom pasient ikke er samtykkekompetent, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren, dette framgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, tredje ledd). Det er verdt å merke seg at retten til individuell plan gir ikke større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket. Ved oppnevning av koordinator gjelder tilsvarende reglene i første ledd andre og tredje punktum og reglene i andre ledd (helsedirektoratet 2015).

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 at det ikke skal utarbeides individuell plan uten samtykke fra pasient eller bruker eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende. Det gjelder tilsvarende regler for oppnevning av koordinator. Dette innebærer at bruker forut for samtykke må få tilstrekkelig informasjon om hva individuell plan innebærer. Samtykke gjelder både nødvendig informasjonsutveksling mellom aktører i planprosessen og oppstart av planarbeidet. Samtykke må oppdateres og det må innhentes nytt samtykke ved endringer i plangruppens sammensetning og i type informasjon som deles (helsedirektoratet 2015).

Det er kommunen som har ansvar for at det utarbeides en individuell plan. Koordinator skal sørge for framdrift i arbeidet med planen, men virksomhetsleder skal sørge for at koordinatoren har gode rammebetingelser for å kunne ivareta rollen. Det ligger også i bestemmelsen at kommunen på selvstendig grunnlag skal vurdere behovet for individuell plan og ikke avvente en søknad fra bruker eller pårørende. Det er kommunen som har ansvaret for både å initiere, utarbeide og koordinere planarbeidet, selv om både bruker og pårørende kan ta initiativ til at det utarbeides en IP (Helsedirektoratet, 2014).

Hvilke opplysninger som skal utveksles i planarbeidet og med hvem er det opp til bruker å selv bestemme. I tillegg er det viktig at det ikke utveksles flere opplysninger enn det som er relevant og nødvendig i forbindelse med planarbeidet. Hva samtykket innbefatter må framgå

av samtykkeerklæringen som bruker signerer. Det er også viktig å presisere overfor tjenestemottaker at samtykke når som helst kan trekkes tilbake. Samtykket som er gitt skal være tidsavgrenset, dvs at nytt samtykke må innhentes når dato for planen går ut (Almvik, A, og Borge, L, 2006).

2.3.4 Innholdet i en individuell plan

En IP kan deles i tre mål:

- det ene målet er å bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. I dette ligger det også at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølging av tjenestemottaker.

- Det andre målet er at tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester skal avklares. I tillegg skal det foretas en vurdering av tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakers bistandsbehov som skal koordineres.

- Det tredje målet er at en IP skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Dette innebærer at en IP både er et verktøy og en prosess. Det er både en koordinator som skal sikre oppfølging av bruker og framdrift i planarbeidet, kartlegging, utarbeidelse av plandokumentet og oppfølging, evaluering og revurdering (Helsedirektoratet, 2010).

2.3.5 Hjelperrollen og Koordinatorrollen i individuell plan

Psykisk helsearbeider rolle er mange i forhold til utøvelse og oppfølging av IP til psykisk syke brukere. De får ofte en koordinatorrolle i forhold til opprettelse av IP, og blir den som følger opp arbeidet med koordinering og framdrift. Noen av psykisk helsearbeiders oppgaver ved

utarbeidelse av IP er å sikre informert samtykke fra pasient og bruker til oppstart av planprosess og informasjonsutveksling. I tillegg skal han eller hun legge til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet. De skal både avklare ansvar og forventninger samt sikre god informasjon og dialog med bruker gjennom hele prosessen. Koordinator skal også sikre helhetlig kartlegging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov, i tillegg til også å sikre framdrift med planen samt koordinere ansvarsgrupper og evaluere planen (Helsedirektoratet 2014).

Det å skulle være koordinator for IP er både en krevende, allsidig og interessant arbeidsmåte. For å være koordinator trengs det kunnskap om individuell plan og aktuelle tjenestetilbud. Denne kunnskapen trengs for å kunne informere tjenestemottakeren og andre personer som deltar i planarbeidet (Almvik, A, og Borge, L, 2006). For å samhandle med brukere i en sårbar tilstand er kunnskap og kyndighet en nødvendig egenskap hos profesjonelle hjelpere. Å være kyndig innebærer en generell og spesiell kunnskap som gir forståelse av hva den enkelte bruker kan slite med. I tillegg vil det være viktig å praktisere anerkjennende tilnæringsmåter i tillegg til at hjelperen har profesjonell myndighet til å handle. Myndighet i denne sammenheng handler både om å tillitt til seg selv som hjelper og makt til å handle ut fra en profesjonell kyndighet. Myndighet og kyndighet er forhold som har en sammenheng med myndiggjøring eller empowerment. I dette ligger det en stimulering, oppdagelse og bedring av menneskers evne til å ivareta egne behov, løse sine egne problemer og mobilisere egne ressurser for en opplevelse av å mestre og kontroll over eget liv (Vatne, Solfrid, 2012).

Bruk av IP skal foruten å fremme brukers ønsker, behov og ressurser i planarbeidet, også fremme koordinering og samhandling mellom tjenesteytere, i tillegg til å bidra til å avklare ansvarsforhold mellom tjenesteyterne (Sosial- og helsedirektoratet, 2004; NOU, 2004:18). Dette medfører at de involverte instanser selv må finne felles løsninger og jobbe frem et forpliktende samarbeid og gjensidig forståelse i den enkelte sak (ibid). Det gis ingen andre føringer på hvordan vanskeligheter i det enkelte planarbeid skal løses. Veilederen for IP utfordrer tjenesteyterne og etater institusjoner og kommuner til å organisere seg, samarbeide og samhandle på nye måter. For å få til et velfungerende hjelpeapparat rundt enkeltbrukere forutsetter det er samarbeid mellom tjenestene på tvers av ulike sektorer, nivåer og regelverk.

Ansvarsgruppe – en måte å organisere IP arbeidet

Ansvarsgrupper er en mye brukt arbeidsmetode innenfor psykisk helsetjeneste og er en hensiktsmessig måte å organisere arbeidet med IP for personer med psykiske problemer. Ansvarsgrupper gir gode muligheter for samhandling, målretting og brukermedvirkning. Det er nødvendig å skape en grunnleggende felles forståelse i ansvarsgruppen for hva som kreves av tjenester. Det er ikke lovpålagt å opprette en ansvarsgruppe, men er en måte å håndtere koordinering og samarbeid av helsetjenester overfor brukere. Ansvarsgruppene bør ha en tverrfaglig deltakelse av personer som er viktige for brukeren. De består som oftest av representanter fra de instanser bruker mottar tjenester fra, i tillegg til bruker og evt. pårørende. Det er ulike erfaringer med disse gruppene, og henger nok sammen både med generelt samarbeidsklima, gruppas sammensetning, oppgaver som skal løses og ledelse av gruppa. Opprettelse av en ansvarsgruppe vil i mange tilfeller sammenfalle i tid med behovet for å utvikle en IP (Thommessen, Normann og Sandvin, 2003, og Bøe og Thomassen, 2007).

Ansvarsgruppen ledes som regel av koordinator eller av brukeren selv. Hvem som ellers sitter i ansvarsgruppen drøftes og avklares med bruker. IP bør være utgangspunktet for arbeidet i ansvarsgruppen hvis det foreligger en slik plan (Helsedirektoratet, 2014).

2.5 Brukermedvirkning og individuell plan

2.5.1 Individuell plan som brukers plan – sett i lys av helsefremmende teori

En IP er brukers plan og i den sammenheng finner jeg det naturlig å se på hva som ligger i begrepet bruker. I følge Helga Robberstad (2001) kan ordet bruker få oss til å tenke og føle at den hjelpetrequende er en medaktør, en person som samarbeider med hjelperen, slik at de to er likeverdige partnere. Gjennom dette skal det garanteres for at den som trenger hjelp blir satt i sentrum. I tillegg skal hans verdier, mål og ønsker for eget liv regnes med og ha tyngde for det som blir gjort for han. Ut fra en slik tenkning går man ut fra at dersom tjenesteyteren snakker om brukeren blir den hjelpetrequende mer aktiv og medansvarlig og mer i stand til å ivareta egen identitet og autonomi enn om en kaller dem pasienter. Innenfor kommunale tjenester er det også i større grad vanlig å snakke om brukere når noen trenger helsehjelp (ibid). Forståelsen av hva som ligger i begrepet bruker vil ha en betydning når vi snakker om brukermedvirkning.

For å sikre at bruker får innflytelse i den hjelpen som gis har Helsemyndighetene stilt krav til kommunene om at de skal ha systemer for brukermedvirkning og hvor man er opptatt av å legge til rette for at brukerne av helse- og omsorgstjenester skal få mulighet til å medvirke i utforming av eget tjenestetilbud (Storm, 2009). Dette skjer ved at hjelpen rettes mot brukers interesser og grunnleggende behov. Dette medfører at tiltakene som utøver utvikler sammen med bruker blir annerledes enn om bruker ikke er med. Bakgrunnen er at tiltakene skal ha utgangspunkt i det bruker ønsker og ikke det utøver mener er det riktige (Vatne 1998).

Ved utarbeidelse av IP står brukermedvirkning sentralt og noe som Psykisk helsearbeidere må være oppmerksomme på i møte med bruker. Brukermedvirkning er gjennom lover og forskrifter blitt en grunnleggende verdi innenfor helsetjenesten, og er ment å styrke brukers makt over egen situasjon. Brukermedvirkning er definert i Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) som: «Rett til å selv bestemme over egne livsforhold», og innebærer at også bruker har et medansvar i form av selv å være aktiv og ta ansvar for eget liv og helse. Tjenesteyter har da en viktig rolle med å yte hjelp til selvhjelp, det vil si legge forholdene til rette, gi støtte og komme med råd (HOD, 1998-1999). Brukermedvirkning skal videre bidra til å motvirke lært hjelpeløshet og avmaktfølelse. Ved utarbeidelse av en IP vil både brukermedvirkning og empowerment være svært sentrale, og det vil påvirke og utfordre den jobben som psykisk helsearbeidere gjør i utarbeidelse av IP. Brukermedvirkning innenfor helsetjenesten er en anerkjennelse av brukernes kunnskap og erfaringer med gjennomlevd sykdom og lidelse. Den springer ut fra funksjonshemmedes egen organisering og påvirkning for å øke rettigheter og innflytelse i samfunnet. Brukermedvirkning vil si en innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenester for de som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester (Almvik, A, og Borge, L, 2006).

Målet med brukermedvirkning er altså å bidra til økt kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på sin egen livskvalitet. I tillegg skal brukermedvirkning sikre og kvalitet på tjenestene og sikre at brukerne får den hjelpen de trenger. Brukermedvirkning kan deles i ulike nivå;

Vi har individnivå, dvs individuell brukermedvirkning hvor den som mottar tjenester får innflytelse i forhold til tilbudet.

Det andre nivået er systemnivå, nivået hvor brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og deltar i planleggings- og beslutningsprosesser.

Det tredje og siste nivået er det politiske nivå. Her involveres brukergrupper og brukerorganisasjoner i prosesser før politiske beslutninger fattes (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Selv om brukermedvirkning er blitt en sentral politisk strategi og et satsningsområde betyr det nødvendigvis ikke at holdninger og menneskesyn endres av sentral politikk alene. Innenfor helse- og velferdstjenester er kulturen for medvirkning og samarbeid ulike. Ifølge Almvik (2006) handler brukermedvirkning om holdninger, og for at dette skal få en reell betydning må dette gjenspeiles i handlinger. For å få til at brukermedvirkning blir en grunnstein og realitet for alt psykisk helsearbeid, vil det medføre en endring av innarbeidet vaner og mønstre, og en endret forståelse av hva som er god praksis. Det at psykiske lidelser representerer spesielle utfordringer, der man bl.a kan mangle overskudd og krefter til å engasjere seg, medfører at det er nødvendig at forholdene tilpasses og tilrettelegges gjennom ulike samarbeidsformer som gir mulighet for medvirkning (Almvik, A, og Borge, L, 2006). Brukermedvirkning krever også at tjenesteutøvere ikke er forutinntatte, eller har fordommer eller fastlåste syn på personer eller grupper som får betydning for valg av tilbud. (Helsedirektoratet, 2014).

2.5.2 Brukermedvirkning og empowerment

For å styrke brukerens innflytelse i egen plan står både brukermedvirkning og empowerment som sentrale begrep, og er lansert for å styrke brukers situasjon og gi han større makt over eget liv. Innenfor helsetjenestene kan empowerment tolkes som en overføring av makt fra fagfolk til bruker av tjenesten. Empowerment ligner på brukermedvirkning ettersom begge begrepene dreier seg om maktoverføring, en styrking av brukers innflytelse i utforming av eget hjelpetilbud (Askheim og Starrin, 2007). Sentralt innenfor dette begrepet blir da prinsippet om autonomi, dvs selvbestemmelse. Empowerment kan defineres som det å gi makt og autoritet til personer, eller at personer gis mulighet eller tillatelse til noe de ikke fra

før har hatt anledning til. Begreper som kan assosieres med myndiggjøring og empowerment er ord som kontroll, mestring, ansvar, o.l. (Vatne 1998).

Dette vil si at empowerment gir bruker myndighet i sitt eget liv, men også at hjelper tar styring over omgivelsene og endrer det de opplever som et undertrykkende system. Som et demokratisk fenomen forutsetter empowerment likt brukermedvirkning en omfordeling av makt og utvikling av sosial rettferdighet (Askheim og Starrin 2007).

I utarbeidelse av IP kan et aspekt ved utøvelse av makt være knyttet til hvem av tjenesteyterne som har definisjonsmakt, besitter kunnskap og posisjon. Kommunikasjonen i en IP prosess kan ha et element av det Goffman (1992) kalte «definisjon av situasjonen». Her er poenget at når aktører utveksler budskap, settes det samtidig en ramme for kommunikasjonen som omfattes av hva og hvordan ting blir sagt. I tillegg vil det ha betydning hvilke over- og underordningsforhold som finnes i relasjonen. IP prosessen kan medføre at enkelte opplever økt utøvelse av paternalistisk makt (makt over) selv om dette er brudd med intensjonen med IP. Det kan også være en fallgrube at brukermedvirkning som forfektes på et nivå, kan oppleves som avmakt på et annet nivå. Dette kan skje fordi det nødvendigvis ikke skjer endringer i brukers liv som følge av IP, og at det ikke er noen rettigheter på tjenester knyttet til planen (Holum, 2013).

2.6 Organisering og opplæring av individuell plan

2.6.1 Organisering

I forskriftene til individuell plan og samhandlingsreformen er det lagt vekt på at tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er en viktig faktor for å styrke og skape en helhetlig tjeneste innenfor psykisk helsearbeid. Det å ha en felles forståelse og kunnskap er sentralt for god samhandling, både internt i helse og omsorgstjenesten og mellom sektorer som yter tjenester til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering, og vil også ha betydning i IP arbeid (helsedirektoratet 2015).

En utarbeiding av IP innebærer at det er et samarbeid mellom ulike tjenester og profesjoner, og forutsetter medvirkning fra brukerne. Kommuner og helseforetak er omfattende

beslutningshierarkier med faste strukturer og inndelinger. For å få til en god samhandling på tvers av tjenester forutsetter at man kjenner hverandres tjenester og rammebetingelser. I tillegg for å få til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud forutsetter dette samarbeid på tvers av faglige og administrative skillelinjer. Det vil avhenge av personens behov for tjenester og tiltak hvilke instanser som til enhver tid er aktuelle for samarbeid (Almvik, A, og Borge, L, 2006).

2.6.2 Opplæring

Det tverrfaglige samarbeidet som en IP fordrer skaper behov for økt kompetanse når det gjelder samarbeid, samhandling og kommunikasjon mellom yrkesgruppene. De ulike yrkesgruppene har ofte for liten kompetanse og erfaring i tverrfaglig samarbeid i betydningen av å se seg selv som del av en større sammenheng. Egen yrkesstolthet aktualiseres, som egen forståelse og faglig identitet, profesjonstilknytning og fagidentifikasjon. Som en konsekvens av ønsket om helhetstenkning må det tverrsektorielle samarbeidet økes både kompetansemessig og økonomisk. På denne måten kan hver enkelt fagperson integrere faglig innsikt fra flere fagområder enn sitt eget. Det stilles krav innenfor psykisk helsefelt til nytenkning og kreativitet både når det gjelder å lære seg tverrfaglighet og å praktisere tverrfaglighet. Det kreves også at fagpersoner lytter til og tror på det brukerne og deres nettverk forteller (Karlsson og Borg, 2013).

3. Metodekapittel

I dette kapitlet beskrives fremgangsmåten som er brukt for å besvare forskningsspørsmålet i studien. Herunder redegjøres det for hvordan studien er planlagt og gjennomført ved bruk av kvalitativ metode. det kvalitative intervju, utvalg og rekruttering av deltagere, samt transkribering og analyse av data.

3.1 Valg av forskningsmetode

Med bakgrunn i problemstillingen og ønsket om å gå i dybden for å søke psykiske helsearbeideres erfaringer, har jeg valgt å benytte kvalitativ metode. Kvalitative metoder er forskningsstrategier som brukes for å analysere og beskrivelse av karaktertrekk og kvaliteter eller egenskaper ved de fenomen som skal studeres. I følge Malterud (2013) så er det kvalitative forskningsdesign som best egner seg til å innhente vitenskapelig kunnskap om erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger (ibid). I denne studien er det valgt intervju som metodisk tilnærming for å samle inn data. I den kvalitative forskningsintervju søker man å forstå verden fra intervjupersonenes side. Målet med intervjuene er dermed å få frem kunnskap om, og betydningen av folks erfaringer, og avdekke hvordan de opplever og reflekterer over sin situasjon (Kvale et al., 2009, Thagaard, 2009).

Ut fra ønsket om å oppnå forståelse for de fenomenene som studeres, har fortolkning en sentral plass innenfor kvalitative metoder, og metoden bygger videre på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). En fenomenologisk hermeneutisk metode vil ligge et sted mellom kunst og vitenskap der vi bruker våre kunstneriske evner til å formulere en naiv forståelse, og vår kritiske sans til å foreta en helhetlig forståelse. Gadamer har hatt stor innflytelse på fenomenologiens hermeneutiske utvikling. Han innførte begrepet den hermeneutiske sirkel og forståelse. I den hermeneutiske sirkel forstår man helheten i en tekst på bakgrunn av delene, som for eksempel i et transkribert intervju, og man vil forstå delene på bakgrunn av helheten (Gadamer 2003). På denne måten er forsker i dialog med teksten, der han hele tiden spør etter mening.

Innenfor fenomenologiske undersøkelser rettes oppmerksomheten mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra et subjektperspektiv. I denne sammenheng er livsverden, verden slik vi møter den i dagliglivet, og slike den fremtrer i den umiddelbare og middelbare opplevelse. Dette uavhengig av og forut for alle forklaringer. Man søker å forstå betydningen av sentrale temaer i intervjupersonens livsverden gjennom intervjuet. I følge den fenomenologiske oppfatning danner de kvalitative undersøkelsene av intervjupersonens opplevelser av verden grunnlaget for de mer abstrakte, vitenskapelige teorier om den sosiale verden. Den menneskelige erfaring kjennetegnes ved opplevelser av fenomener, og fenomener er tingene som kommer til syne for oss. Som metodisk tilnærming krever fenomenologien ifølge Thomassen (2006) en mest mulig forutsetningsløs undersøkelse.

I tillegg til det å bruke fenomenologisk tilnærming for å beskrive helsearbeidernes erfaringer, benyttes hermeneutikkens fortolkning for å finne dypere mening. Gadamer (2003) utdyper spesielt det at vi forstår og fortolker all mening innenfor en kontekst. Innenfor en hermeneutisk tilnærming legges det vekt på ifølge Thalgaard (2009) det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. For å forstå deltakeren vil jeg her måtte nærme meg ut fra den helheten han eller hun er en del av. I denne sammenheng blir det viktig at jeg som forsker er bevisst min egen forforståelse i møte med deltakeren. Som psykisk helsearbeider som selv har jobbet i feltet vil min egen forståelse og forforståelse på feltet være av betydning for hva jeg ser, forstår, tolker og møter andre. En forutsetning for godt psykisk helsearbeid vil være egen bevissthet og kunnskap om ulike teoretiske og erfaringsbaserte perspektiver. Gjennom dette kan man da lettere skille mellom ens eget primære perspektiv og hvordan situasjonen, utfordringene kan forstås ut fra andres ståsted. Ved å se utfordringene fra et individentsentrert perspektiv og så sette de sammen i et samfunnsmessig perspektiv vil gi en helhetlig-eksistensiell grunnforståelse (Tornquist 2003).

Kvalitative tilnærminger gir altså grunnlag for fordypning i sosiale fenomener. Gjennom studier som innebærer nær kontakt mellom forsker og dem som studeres, som for eksempel ved intervju, gir den kvalitative tilnærmingen grunnlag for å oppnå en forståelse av de sosiale fenomener på bakgrunn av fylldige data om de personer og situasjoner som vi studerer. Innenfor kvalitativ forskning vil det i de fleste tilfeller en direkte kontakt mellom forskeren og dem som studeres (Thagaard 2009).

3.2 Det kvalitative forskningsintervju

Målet med forskningen er å se på erfaring med bruk av IP innenfor psykisk helsefelt i kommunehelsetjenesten. For å nå dette målet har jeg behov for å innhente erfaringer fra psykisk helsearbeidere sine subjektive opplevelser og erfaringer fra IP arbeid. For å samle inn data for å besvare problemstillingen er intervju valgt som en egnet metodisk tilnærming. Gjennom det kvalitative forskningsintervju søker man å forstå verden fra intervjupersonens perspektiv. Målet med intervjuet blir dermed å få fram kunnskap om, og betydningen av de erfaringer som helsearbeiderne sitter med. I tillegg til å avdekke hvordan de opplever og reflekterer over sin situasjon (Kvale et al., Thagaard, 2009). Kvalitative forskningsintervjuer forsøker å innhente fordomsfrie beskrivelser, en rehabilitering av livsverden. Man søker å forstå betydningen av sentrale temaer i intervjupersonens erfaringer gjennom intervjuet. Den som intervjuer registrerer og fortolker meningen med det som sies og på hvilken måte det sies på. Intervjueren bør være velinformert om temaet for intervjuet, og være oppmerksom på og være i stand til å fortolke både stemmeleie, kroppsspråk og ansiktsuttrykk (Kvale og Brinkmann, 2015).

Innenfor det kvalitative forskningsintervjuet søker man etter kvalitativ kunnskap uttrykt i normalt språk. Her er ikke målet kvantifisering. Gjennom intervjuet sikter en mot nyanserte beskrivelser av den intervjuedes erfaringer gjennom ord og ikke tall. Presisjonen i beskrivelsen og stringensen i meningsfortolkningen i kvalitative intervjuer motsvarer eksaktheten i kvantitative målinger (Kvale og Brinkmann, 2015). Gjennom deskriptive overleveringer inviteres informanten til å gi åpne og nyanserte beskrivelser av ulike sider av bestemte områder i sin livsverden. Ved å ikke ha en for stram struktur, men bestemte tema, kan det gis rom for spontane ytringer. Det er viktig å ikke ha en for stram struktur slik at verdifulle beskrivelser ikke kommer til uttrykk. Nye og overraskende fenomener bør møtes med åpenhet og ikke med ferdigoppsatte kategorier og tolkningsskjema. Det er likevel viktig at samtalene holdes innenfor tema og kan relateres til tema som skal utforskes (ibid).

3.3 Forskerens rolle

I dette studiet er det forsket i eget felt, noe som både kan medføre fordeler og ulemper med tanke på tolkning av data underveis. Ved både å ha videreutdanning i psykisk helsearbeid, men også jobbet i feltet det forskes på er egen forståelse for feltet en følgesvenn gjennom hele

prosessen. Det å forske i eget felt kan ifølge Thagaard (2009) gjøre det lettere å oppnå en forståelse av deltakerens situasjon. Dette fordi forsker deler mange av den samme praksis og erfaringer som deltakeren. Det jeg har med meg av tidligere erfaringer kan i beste fall bli en styrke til prosjektet og fungere som nyttig erfaring. På den andre siden kan det å forske i eget felt medføre begrensninger i hvordan jeg møter deltakerne og hvilke spørsmål jeg stiller. Ved å gjøre undersøkelse på et felt som jeg kjenner godt må jeg være bevisst den forforståelsen jeg har på feltet. Innholdet av det jeg har med meg av praksis og erfaringer påvirker hele veien måten jeg samler inn og leser mine data på. I verste fall kan det ødelegge prosjektet fordi jeg blir mer opptatt av det jeg har med meg, enn det jeg ser på veien. Det er også viktig å være bevisst faren ved at forsker øver innflytelse på kunnskapsutviklingen og de resultatene en kommer fram til. Både forskers ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer avgjør hvilken problemstilling som er mest aktuell. I tillegg må en være oppmerksom på hvilke metoder, perspektiv og utvalg som anses som relevante. Spørsmålet er derfor ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan (Malterud 2013).

Et viktig poeng når en forsker i eget felt er å oppnå et perspektiv hvor forsker kan se sitt eget felt med andres øyne (Thagaard, 2009). I denne studien kan begrensningen være at forsker jobber så tett på fagfeltet at det har vært vanskelig å møte forskningsdataene med fordomsfrie og åpne øyne. Det å ha jobbet med IP i forhold til brukergruppa medfører at jeg selv kan ha kjent på de utfordringer som deltakerne erfarer. I den sammenheng blir det viktig å være bevisst og utfordre egen forforståelse ved å være åpen for deltakerne forteller i form av den transkriberte teksten. I følge Malterud (2013) leter forskeren etter vesentlige kjennetegn ved de fenomen som skal studeres, slik de oppleves for de involverte i deres naturlige sammenheng. Egen forforståelse kan bli utfordret gjennom teori og diskusjoner med kollegaer og veileder (ibid).

I følge Aadland (2013) så er det ingen forståelse uten forforståelse. Med dette sier han at det er umulig å forstå noe som helst uten at man har et skjema å sette det som skal skjønnes inn i. Inntrykkene vil være kaotiske og usammenhengende dersom man ikke har noen forutgående forestillinger å tolke inntrykkene ut fra (ibid). For å unngå at jeg møter deltakerne med min egen erfaring med IP arbeid innenfor feltet, har jeg lest meg opp på teori på feltet for å få økt kunnskap om dette verktøyet. Jeg har også satt meg inn i lovverk og tidligere forskning for på

den måten få et mer nyansert bilde på dette planverket og bruken av det. Jeg har også forsøkt å være bevisst i intervjusituasjonen å stille åpne spørsmål, og la deltakerne snakke fritt. For å få utdypet uklarheter har jeg fulgt opp med åpne oppfølgingsspørsmål som «kan du si litt mer om det», eller «er det riktig at jeg forstår det slik». Spørsmålene har jeg stilt for å forsøke å få fram deres erfaringer, og ikke tolke ut fra egen erfaring hva som blir sagt. I noen tilfeller er det som blir sagt nært opp til mine egne erfaringer, og jeg har da måttet stille oppfølgingsspørsmål for å avklare hva deltaker mente. Jeg har under intervjuene vært bevisst min egen forforståelse på feltet, og forsøkt å unngå å ta ting for gitt selv om jeg jobber innenfor samme fagfelt. Ved bruk av oppfølgingsspørsmål har jeg fått større dybdekunnskap om ulike temaer vi kom inn på.

3.4 Utvalg og rekruttering av deltakere

3.4.1 Utvalg

Utvalg av hvem som skal intervjues har betydning for undersøkelsen og hvordan problemstillingen blir besvart. I denne studien bygger empirien på et strategisk utvalg av deltagere. Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsetning at materialet skal ha best mulig potensial til å belyse problemstillingen (Malterud, 2013). I følge Thagaard (2009) baserer oftest kvalitative studier seg på strategiske utvalg, fordi deltagerne har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (ibid).

Med utgangspunkt i problemstillingen ble det viktig å komme i kontakt med personer som kunne gi informasjon om de utfordringer som helsearbeidere erfarer i bruk av IP innenfor psykisk helsetjeneste. For å få denne informasjonen valgte jeg å gå til dem som jobber med målgruppa i kommunen, psykisk helsearbeidere. Ved dette valgte medførte det at kravet til systematisk utvelgelse av data ikke kunne gjennomføres. Kravet innenfor systematisk utvelgelse innebærer at bestemte regler følges for å motvirke at utvelgelsen av data foregår på en slik måte at resultatene kan bli påvirket. Når det er nødvendig å henvende seg til en bestemt gruppe personer som det er sannsynlig innehar etterspurt informasjon, kalles dette et strategisk utvalg. Det vil si et utvalg som er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har best mulig potensial til å belyse den problemstillingen jeg vil ta opp. For å finne det rette

strategiske utvalget må jeg først finne ut i hvilken retning jeg finner det fornuftig å rette søkelyset, slik at jeg ikke samler data om noe helt annet enn det jeg vil se på. Herunder vil det være viktig med feltkunnskap og teoretisk bakgrunn (Malterud 2013).

Informantene i studien fremstår først og fremst som representanter for egne erfaringer og meninger, samtidig representerer de også psykisk helsefelt i noen grad. I kvalitative intervjustudier er ikke informantene innhentet for å representere en populasjon, slik det er innenfor kvantitative surveyundersøkelse, men det er en hovedregel at det velges informanter som kan gi en reflektert redegjørelse for temaet som skal utforskes (Tjora, 2012). Det ble ikke lagt vekt på kjønn eller alder i utvalget.

I studien har jeg valgt å ha følgende inklusjonskriterier;

- Deltakerne skal ha minst bachelor i helse og/eller sosialfag, ønskelig, men ikke krav om relevant videreutdanning innenfor rus/psykisk helse.
- Deltakerne skal ha jobbet minst to år med brukergruppa og brukt IP verktøy i løpet av siste to år.
- Jobber innenfor psykisk helsefelt i kommunen i dag.

3.4.2 Rekruttering

For å få tak i deltakere som jobber innenfor psykisk helsefelt i kommunen, og som har tatt i bruk IP, tok jeg kontakt via mail med ledere innenfor denne sektoren. I mailen redegjorde jeg for formålet med studien og ba om å få intervju 3-4 psykisk helsearbeidere. Vi ble enige om at hun videreformidlet invitasjon til å delta i studien sammen med samtykkeskjema til aktuelle informanter (Vedlegg 2). Avdelingsleder sendte også ut mail til aktuelle informanter om å ta kontakt med meg eller avdelingsleder dersom de ønsket å delta i studien. Jeg fikk rask tilbakemelding på fire ansatte som ønsket å la seg intervju. Jeg fikk mailadresse og telefonnummer til dem for å kontakte dem direkte for å avtale intervju. Det ene intervjuet fikk jeg på plass umiddelbart etter kontakt. To av intervjuene måtte vente ca. 3 uker på grunn av stor arbeidsmengde hos deltakerne, men de ble gjennomført i den samme uken. Den siste deltakeren fikk jeg gjort avtale med etter ytterligere to uker etter påminning på mail.

Det ble rekruttert totalt 4 deltakere. Alle deltakerne hadde vært koordinator eller deltaker i plan til en bruker i løpet av siste året.

3.5 Intervju

Intervju som datainnsamlingsmetode er mest hensiktsmessig når man er ute etter den enkeltes erfaringer. Det vil også være hensiktsmessig å bruke intervju når man er ute etter små nyanser, erfaringer, detaljer eller beskrivelser av erfaringer eller fenomener. Intervju prøver å favne det faktiske og meningene. Intervju er videre hensiktsmessig når vi ikke er ute etter samspill eller hva som foregår mellom parter i en interaksjon. I tillegg er intervju også hensiktsmessig når vi er ute etter kunnskapen på et felt og eventuelt bruke denne kunnskapen til å endre praksis. Et intervju vil ligge nært opp til en samtale i dagliglivet men som en forskjell vil det som et profesjonelt intervju ha et formål (Kvale og Brinkmann, 2015).

3.5.1 Intervjuguide og pilotintervju

For å sikre at relevante sider ved problemstillingen ble belyst, ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 3). At intervjuet er semistrukturert innebærer en mulighet til å intervjuer deltakerne ut fra samme mal, men samtidig er det litt mulighet for variasjon i hvordan samtalen blir strukturert. I tillegg kan oppfølgingsspørsmål variere ut fra hva deltakerne svarer. Gjennom å anvende en semistrukturert tilnærming blir også deltakerne gitt rom for å snakke om temaer som jeg ikke på forhånd har definert eller tenkt på. Ved å spørre underveis om mine tolkninger av svarene, fikk jeg i noen tilfeller utdypende og nye og i noen tilfeller nye svar ut fra dette. Gjennom denne framgangsmåten ble intervjuet også en start på analysen Intervjuguide er et manuskript som strukturerer intervjuene, og guiden kan inneholde noen temaer som skal dekkes, eller forslag til spørsmål (Kvale og Brinkman, 2015).

For å oppnå så pålitelige svar som mulig var utformingen av intervjuguiden viktig, og det ble brukt mye tid på å utforme guiden, slik at problemstillingen ble ivaretatt (Vedlegg 4). Det var ønskelig å ha spørsmål som var forenelig med problemstillingen, slik at deltakerne ville samtale om dets om den ønsket å få svar på. Samtidig var det viktig at spørsmålene var åpne, og gjorde at samtalen gikk lett, slik at det ikke ble vanskelig for deltagerne å snakke fritt om

sine erfaringer. Jeg valgte derfor etter å ha jobbet en tid med spørsmålene å foreta et prøveintervju på en kollega. I etterkant av dette intervjuet gjorde jeg noen små justeringer av spørsmålstillingen i intervjuguiden utfra den erfaring jeg gjorde under prøveintervjuet. Justeringen bestod av justering av ord i oppfølgingsspørsmålene slik at de falt naturlig inn i intervjuguiden, og hadde ikke betydning for at problemstillingen måtte revideres.

3.5.2 Gjennomføring av Intervju

Intervjuene ble gjort i løpet av 5 uker. Det ble foretatt to intervju i desember med to ukers mellomrom og to intervju i første uke av januar. I og med at det var litt tid mellom intervjuene hadde jeg god tid til forberedelse før hvert intervju. Etter intervjuet var det god tid til å reflektere over hvordan det hadde gått, og det var også muligheter for å forbedre seg til neste intervju.

Hvert intervju startet med en kort uformell prat for å løse opp stemningen, og deltakerne ble tilbudt noe å drikke. Det ble også gitt rom for at deltakerne kunne stille noen spørsmål vedrørende studien før intervjuet startet. Jeg klargjorde også for taushetsplikten rundt studien, og at ikke noe av det som ble sagt under intervjuet ville bli koblet til den enkelte. Samtykkeerklæring ble underskrevet og frivilligheten understreket. Det ble etterstrebet under intervjuene at det skulle være en dialog hvor data ble produsert i et samspill med deltaker. Jeg klargjorde også at intervjuet ikke var noen test på deres kunnskap om IP eller kontroll med bruken av den, men at jeg ønsket å høre om deres erfaring med å bruke IP i sin jobb.

Før gjennomføring av intervjuene ble det på forhånd avtalt med deltakerne at intervjuene skulle vare inntil 1 time, og foregå ut fra når det passet for dem med intervju. Tidspunktene ble avtalt direkte med deltakerne, og de fikk selv velge hvor de ønsket at intervjuene skulle foregå. Jeg hadde på forhånd satt av møterom for intervju i tilfelle deltakerne ønsket det, eller ikke fant egnet møterom. Et Intervju foregikk på møterom som jeg hadde satt av til formålet, de andre foregikk etter ønske fra deltakerne på deres arbeidsplass. Alle møterom var tilpasset formålet og det var ingen forstyrrelser eller avbrytelser underveis i intervjuet. Det var en avslappet stemning under intervjurundene, og praten gikk lett. I forespørselen fra meg om å være med i studien hadde jeg gjort informantene oppmerksom på at jeg ønsket å ta opp intervjuene med båndopptaker. Alle deltakerne samtykket og godkjente bruk av lydopptak.

Før intervjuet ba jeg om nytt samtykke til lydbåndopptak før jeg la den mellom oss. Etter intervjuene ble det gjort en oppsummering av hvert intervju for å sjekke ut om deltakerne følte de hadde fått fram sin mening. Alle deltakerne syntes av deres mening var kommet fram, og at oppsummeringen favnet de erfaringer de satt med.

Ved å lytte til første intervju ble jeg oppmerksom på at jeg selv var svært aktiv i første delen av samtalen, og kom med flere oppfølgingsspørsmål. Ut fra lydopptakene er det likevel en flyt i samtalen og oppfølgingsspørsmålene hang sammen med det tema deltakeren var i gang med å snakke om. Ved oppfølgingsspørsmål fikk jeg utdypet tema som var relevant for problemstillingen. I etterkant av intervjuet spurte jeg henne om hvordan hun hadde opplevd samtalen, da det var første intervju for meg, og jeg kunne lære noe av det. I følge henne gikk intervjuet bra, og hun følte at hun fikk sagt det hun skulle om temaet.

Det andre intervjuet gikk bedre, men i dette intervjuet måtte jeg i større grad bruke oppfølgingsspørsmål for å få fram deltakerens erfaringer på feltet. Jeg hadde også i tankene at jeg i første intervju hadde vært ivrig med oppfølgingsspørsmål og prøvde å la henne fullføre før jeg kom med et nytt spørsmål. Dette førte nok til at det i noen tilfeller ble litt stille, før jeg fulgte opp med oppfølgingsspørsmål. Deltakeren sa i etterkant av intervjuet at hun syntes det var flott å få snakke om et tema hun brenner for, og var glad for at det kom på dagsorden.

De to siste intervjuene opplevde jeg en flyt i samtalen mellom oss, og deltakerne snakket fritt uten behov for at jeg stilte så mange oppfølgingsspørsmål. Dette kan henge sammen med at jeg nå hadde fått erfaring i intervjusituasjon.

Det første intervjuet varte ca. 70 minutter og hver av de andre ca. 45-50 minutter.

3.6 Transkribere

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og det var ønskelig å gjøre transkripsjonen selv samme dag, i etterkant av hvert enkelt intervju. Transkribering er arbeid som bør starte som fort som mulig etter intervjuene når jeg fortsatt har intervjuene friskt i minne. Det er ikke en ukomplisert prosess å transkribere, men snarere en fortolkningsprosess, som også har stor betydning for studiets pålitelighet. Transkripsjonen medfører også en utvelgelse av hvilke av de mange dimensjonene av en muntlig samtale, som skal tas med i den skriftlige fremstillingen. Det finnes ingen korrekte standardsvar på innholdet av pauser, intonasjonsmessige understrekninger og følelsesuttrykk (Kvale og Brinkman, 2015). Ved transkriberingen er det viktig å være tro mot intervjumaterialet, og unngå en overfortolkning av det som er sagt. For å sikre meg at dette skal skje i minst mulig grad kan jeg ved gjennomgang av materialet skrive stikkord på det som framkommer i råmaterialet. Ved å lage et kodesystem som systematiserer materialet kan jeg få fram om det er noe nytt i materialet, noe som går igjen som et mønster, avvik som framkommer som jeg ikke var bevist ved intervjuet (Malterud 2013).

Når et intervju skal omsettes fra tale til skrift skjer det alltid en fordreining av hendelsen, selv om ord for ord blir gjengitt i teksten. Fordi det muntlige språket er mer oppstykket enn det skriftlige vil en gjengivelse nødvendigvis ikke bli god eller få fram det som er sagt. Det er viktig å fokusere på at hensikten med å transkribere intervjuet er å fange opp samtalen i en form som representerer det informantene hadde til hensikt å formidle (Malterud, 2013). Jeg valgte å omformulere intervjuene til bokmål stil, istedenfor å transkribere direkte i dialektform. Dette ble gjort fordi det var ønskelig med en lettest gjengivelse av deltakernes historie. Av denne grunn ble også dialekt, pauser og småord redigert bort. Ord som ble lagt ekstra vekt på av deltakeren, ble skrevet i kursiv. For at materialet skulle fremstå som mer lettest ble også forskerens kontinuerlige bekræftende «ja» og «mmm» utelatt for at materialet kunne fremstå som mer ryddig. Dette medfører også at det skriftlige materialet fremstår som en mer sammenhengende fortelling og i tråd med opptaket.

Det var en fordel å transkribere intervjuene like i etterkant av at de hadde funnet sted, og enda var friskt i minne. Da kunne for eksempel gestikulering, ansiktsuttrykk, latter og taushet «supplere» meningsinnholdet før disse ble glemt. Det kunne forklare for eksempel halve eller avbrutte setninger, eller at latter ble satt i rett kontekst.

Det transkriberte materialet etter 4 intervju ble 29 sider.

3.7 Etiske vurderinger

Etiske vurderinger er viktig i all forskning i forkant av en undersøkelse. Det har under hele prosessen vært tilstrebet å ta hensyn til mulige etiske problemstillinger som kunne dukke opp. I og med at det i denne studien er spurt etter helsearbeideres erfaringer, har det vært viktig å bevare deltakernes konfidensialitet, og mulighet til å snakke helt fritt. En av deltakerne var ekstra opptatt av om funn kunne knyttes til henne, og hvordan data ble behandlet i etterkant. Jeg ga henne en beskrivelse av hvordan funn ville bli framstilt, og oppbevaring av lydfil samt samtykkeskjema. Med dette som bakgrunn er det i denne studien ikke opplyst om hvilken avdeling deltakerne jobber ved, og det er ikke på noe tidspunkt brukt navn i analyseprosessen. Sitat er skrevet i bokmål for å unngå å bruke ord som kan være gjenkjennbar eller knyttes til den enkelte deltaker.

I forespørselen til deltakerne om å være med i studiet ble de gjort oppmerksom på frivilligheten til å delta gjennom et informert samtykke. Ved å ha et informert samtykke får deltakerne opplysninger om studien og kan ta stilling til om han/hun ønsker å bidra med kunnskap eller ikke (Malterud, 2013). Det ble innhentet godkjennelser fra avdelingsleder før deltakerne ble forespurt. Alle deltakerne ga skriftlig samtykke etter å ha blitt kjent med studiens formål. Deltakerne ble både i informasjonsskriv og i forkant av intervjuene informert om at de kan trekke seg fra undersøkelsen både før, under og etter at intervjuet er gjennomført. I tillegg ble de informert om at materialet anonymiseres og behandles konfidensielt og at lydfilene slettes etter studiens ferdigstillelse.

Informert samtykke er en forutsetning for all forskning som omfatter mennesker (Malterud 2013). Samtykkeerklæringene og lydfilene ble lagt i en låst skuff på kontoret som kun jeg har nøkkel til.

3.8 Nødvendige søknader

For å være sikker på at forskningen er innenfor etisk akseptable rammer, må det vurderes om forskningsprosjektet skal søkes og vurderes av den Regionale forskningskomite (REK). REK

baserer sine vurderinger på internasjonale anerkjente retningslinjer som er nedfelt i Helsinkideklarasjonen (Malterud 2013) I og med at formålet med prosjektet er å intervju helsearbeidere, og ikke brukere vurderes det å ikke er nødvendig med å søke tillatelse fra REK for å gjennomføre studien. I tillegg vil lydfil og samtykkeskjema bli oppbevart på et sikkert låsbart sted.

For å gjennomføre prosjektet må jeg melde prosjektet inn for NSD- Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (Vedlegg 1) for å vise at deltageres rettigheter i forhold til personvern er ivarettatt. Grunnen til at jeg gjør dette er fordi jeg ønsker å benytte lydbånd under intervju med informanter. Dette fordrer sikker oppbevaring av materialet og sikre at informantene ikke blir gjenkjent. Informantene skal være forespeilet hvordan materialet blir oppbevart og at de ikke kan identifiseres i ettertid. I følge Tjora (2012) er det viktig å sørge for at opptakene ikke kommer på avveie. Lydopptakene ble som nevnt i forrige punkt oppbevart i et låsbart skap.

4 Analyse

Etter at transkriberingen er gjennomført starter analysearbeidet. Analyser skal bygge bro mellom rådata og funn i studien. Analysearbeidets første steg starter allerede under intervjuene. Det ligger som et sentralt poeng i den fenomenologiske analysemetoden at kunnskapen som utvikles vil bli påvirket av forskeren selv, hans eller hennes forforståelse, synspunkter og verdier. I tillegg skal forskeren ikke være redd for å lære av sin innsikt ved å revidere problemstillingen, og ta lærdom underveis til å utvikle prosjektet (Malterud, 2013). I denne studien var det ikke behov for å revidere problemstillingen etter en ny gjennomgang av den.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i en metode for å analysere intervjuene som kalles for systematisk tekstkondensering modifisert av Malterud (2013), som er inspirert av Giorgis fenomenologiske tekstanalyse. Systematisk tekstanalyse kan gjennomføres på forsvarlig måte uten teoretisk skolering, men det er likevel et poeng at enhver analyse likevel krever refleksivitet og systematikk, for å kunne gi ny vitenskapelig kunnskap. Det er også I tillegg nødvendig med bevissthet rundt betydningen av den teoretiske referanserammen. I kvalitative

studier innebærer analysen abstraksjon og generalisering. Gjennom å bruke den enkelte deltakers historie og uttrykk til å vinne kunnskap som gjelder for flere. Dette kan gjøres enten ved å lese historiene på tvers ved å gjenfortelle de gjennomgående trekkene, eller det kan gjøres ved å løfte fram fenomener fra en enkelt deltaker som kan lære noe om andre (ibid).

4.1 Trinn 1

I følge Malterud (2013) er første trinn i analysemetoden å bli kjent med materialet og få til et helhetsinntrykk og se ut mulige tema. I denne fasen er det viktig å arbeide aktivt for å sette forforståelse og teoretisk referanseramme midlertidig i parentes, slik at deltagerens stemmer blir tydelige. Etter denne gjennomlesningen kom syv foreløpige temaer frem, noen med tilhørende undertemaer. Dette gjorde jeg ved at jeg leste gjennom hvert enkelt intervju grundig flere ganger for å få et helhetsbilde av innholdet. Jeg prøvde gjennom andre gangs gjennomlesning å finne ulike tema som kunne representere informantenes erfaring med individuell plan og som kunne belyse problemstillingen fra ulike sider. Det er viktig at jeg under dette trinnet viser åpenhet til det som er sagt og lytter til fortellingen. Under dette trinnet forsøkte jeg også å være bevisst å motstå all trang til å systematisere teksten som kan være en utfordring. Ved usikkerhet på hva som var ment når jeg leste teksten lyttet jeg en gang til på lydopptakene for å få tak i helheten i intervjuet. Underveis i analyseprosessen etterstrebet jeg å være bevisst å fortolke informantenes utsagn så korrekt som mulig uten å være kategorisk og entydig. På denne måten kan jeg best mulig ivareta informantenes perspektiv. I dette trinnet kom jeg fram til 7 foreløpige temaer, som jeg i trinn to skulle omforme til koder.

4.2 Trinn 2:

Under trinn 2 skal jeg gå fra tema til koder. Hensikten her er å organisere materialet som skal studeres nærmere i koder. Jeg starter med en systematisk gjennomgang for å identifisere meningsbærende enheter med bakgrunn i temaene fra trinn ett. Dette kan være tekstelementer som har potensiell kunnskapskraft og som kan bære med seg kunnskap om ett eller flere av temaene jeg fant under trinn 1 (Malterud 2013). Jeg merket de meningsbærende enhetene med ulike farger og systematiserte tekstbitene ved å samle tekstbiter som hadde noe felles i samme gruppe. Den transkriberte teksten ble gjennomgått systematisk, og ord, setninger, eller avsnitt ble kopiert, og limt inn i et arbeidsdokument. Tekstbitene ble markert med en bokstav

og et nummer, som viste veien tilbake til hvilken av deltakerne det gjaldt, og hvilken side i den fullstendige transkriberte teksten biten var hentet fra. Denne prosessen kalles koding og handler om en systematisk dekontekstualisering av materialet. Dvs at deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng og satt inn i koder som representerte fenomen i samme tema.

I dette trinnet av analysen ble det underveis vurdert at noen av de kodede meningsbærende enhetene ble strøket og flyttet over til andre og mer sentrale koder. Resultatet ble 9 sider med meningsbærende enheter. Disse tekstbitene ble deretter kodet, en systematisering for å samle tekstbiter som har noe til felles. Det kan være en fordel om kodene som utvikles og justeres med utgangspunkt i analysens første trinn, ikke er de samme temaene som man hadde i intervjuguiden (Malterud, 2013).

Analysen ble omfattende arbeid med inkludering og ekskludering av utsagn, koder og temaer. Underveis ble det derfor viktig å dokumentere valgene jeg tok i en prosjektlogg. Denne prosessen med fram og tilbake kan sammenlignes med en hermeneutisk spiral som åpner for en stadig dypere forståelse av meningen. For at analysen skal føre frem til en helhetsforståelse av dataens meningsinnhold må de enkelte avsnitt studeres i forhold til den helheten de er en del av (Malterud, 2013).

4.3 Trinn 3

Under trinn 3 går jeg fra koder til mening. De ulike kodegruppene inneholdt flere og ulike nyanser når det gjelder informantenes erfaringer med bruk av individuell plan. På dette trinnet er hensikten å hente ut mening fra den kunnskapen som kodegruppene representerer. Dette gjøres gjennom å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene under hver av kodene. Så vil ulike nyanser innenfor hver kodegruppe deles inn i subgrupper som igjen deles inn i artefakter ut fra disse subgruppene. Artefakter kan forklares som kunstige sitat som fungerer som et arbeidsnotat i forhold til resultatpresentasjonen i trinn fire (Malterud, 2013). Kondenseringsprosessen ga meg en innfallsvinkel og forståelse av svarene som informantene hadde gitt, men var både omfattende og en tidkrevende prosess. For å få en bedre oversikt over de ulike subgruppene brukte jeg også et fargekoder der jeg delte gruppene inn i

forskjellige farger. Hver subgruppe med tilhørende koder fikk hver sin farge. Dette var med på å gjøre det mer oversiktlig for meg.

4.4 Trinn fire

Under trinn fire går jeg fra kondensering til beskrivelser og begreper. Det vil si at under dette trinnet skal materialet rekontekstualiseres, dvs sette sammen bitene igjen. Under dette trinnet skal jeg vurdere hvorvidt resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen hvor de ble hentet ut fra. For å få til dette forutsetter at forskeren er tro mot informantens opprinnelige historie (Malterud 2013). Jeg valgte videre i rekontekstualiseringen å slette enkelte av subgruppene da de viste seg å ikke ha sterk nok forankring i materialet. På bakgrunn av de meningsbærende enhetene valgte jeg ut sitat som på best mulig måte kunne illustrere det som ble omtalt i teksten. Som en siste del av trinn 4 ble det gjort en systematisk validering av funnene i forhold til den sammenheng de var hentet ut fra, rekontekstualiseringen (ibid).

5 PRESENTASJON AV FUNN

5.1 Kategorier og subtema

I denne delen av oppgaven vil jeg på bakgrunn av intervjuene formidle de utfordringer informantene erfarer med individuell plan innenfor psykisk helsefelt. Funnene vil bli presentert som kategorier og subtema.

De empiriske funnene ble sortert inn i tre hovedkategorier. Kategoriene med tilhørende subgrupper lyder som følger:

1. **Individuell plan – et verktøy i psykisk helsetjeneste:** Å anvende individuell plan; Å være hjelper og koordinator, Å bruke Ansvarsgruppe – alternativ til individuell plan
2. **Individuell plan og brukervedvirkning:** Å gi brukerne en medvirkning i utforming av individuell plan; Å åpne opp for brukers ressurser
3. **Organisere individuell plan i psykisk helsetjenesten:** Å avsette tid og ressurser; Å avsette tid til opplæring

5.2 Individuell plan – et verktøy i psykisk helsetjeneste

Ulike utfordringer stod sentralt i bruken av individuell plan i psykisk helsetjeneste. Sentralt står det å anvende individuell plan og bruk av ansvarsgrupper som et alternativ til IP.

5.2.1 Å anvende individuell plan

Deltakerne fortalte at de hadde lang erfaring med å anvende IP overfor psykisk syke brukere. Alle har jobbet mange år innenfor rus og psykisk helsefelt og kjenner IP verktøyet godt. De fortalte også at de har brukt IP både i nåværende jobb, men også fra tidligere arbeidsfelt. Deltakerne fortalte videre at de tenker IP er et nyttig verktøy som de ser kan hjelpe brukerne videre i livet på en oversiktlig og strukturert måte. En av deltakerne framhevet nettopp det at

hun tenker IP er kjempenyttig, da de får bedre oversikt over hjelpeapparatet rundt bruker, men også hvilke mål bruker ønsker å jobbe mot

En deltaker fortalte:

«Jeg opplever at IP er kjempenyttig verktøy når bruker har mye kaos i livet sitt og trenger å få hjelp til å systematisere instanser rundt seg».

Selv om deltakerne var enige om at IP er et nyttig verktøy for å koordinere tjenester rundt bruker så varierte det på hvor mange IP til selv hadde vært med å starte opp. To av deltakerne sa at de ofte opplever at IP ikke svarte til forventningene, og at de opplever at IP blir et honnørord som trekkes fram uten at det nødvendigvis er slik at det fungerer for alle. De fortalte at de følte en forventning både fra samarbeidspartnere, pårørende, og noen ganger fra brukere at det burde være en IP på plass, spesielt i store komplekse saker. Det kom også fra en av deltakerne at kommunen scorer lavt på antall IP i henhold til det som kommer fram i kartlegging av brukerplan hvert år. Som hun sa så scorer de veldig lavt på antall IP innenfor rus og psykisk helse i vår kommune. I tillegg sa hun at hun ofte føler litt press på det med IP, at det er en forventning til at vi i kommunen skal bruke det, at IP og de tingene skal være på plass.

Deltakerne fortalte også at initiativet til å lage IP ofte kom fra dem selv. Dette gjaldt spesielt i saker hvor enten bruker var ny i systemet og har mye kaos rundt seg, eller når de ser at det er mye kaos i livet til bruker. En av deltakerne fortalte at hun flere ganger hadde blitt overrasket over at brukere som har vært lenge i systemet og fått hjelp fra ulike instanser ikke har hatt eller har IP. Når så de ble koblet på saken så opplevde hun en forventning fra de andre instansene at her må en IP på plass. Spesielt gjaldt dette i saker hvor det er mye kaos i livet til bruker, og mange instanser har vært inne over tid for å hjelpe vedkommende.

«Vi hører og opplever forventning om at IP skal være på plass, både fra brukerorganisasjoner og andre samarbeidsinstanser. Vi opplever det dessverre ikke så ofte fra bruker selv»

Deltakerne var enige i at de ikke tror mangel på IP er til hinder for at bruker kommer seg videre i livet, ut i fra hvordan de jobber med bruker. En av deltakerne sa at vi jobber uansett kontinuerlig med utfordringene til bruker uavhengig av om de har en plan eller ikke.

5.2.2 Å være i hjelper og koordinator i individuell plan

Alle deltakerne trakk fram det å både ha en hjelperrolle og en koordinatorrolle i IP arbeidet som en stor utfordring for dem. For tre av dem kom det fram at de ofte følte det var som måtte være pådriver for å sette i gang en IP, og at det ble mye motivering og dreging fra dem for at en plan skal bli opprettet. Som en av deltakerne uttalte det så ble det ofte slik at lage du en plan så er det en kontinuerlig jobb. Det kreves at de som koordinatore står på for at en plan skal bli opprettet og det kreves at det jobbes med og at de bruker tid på den. Det kom også fram at det var ofte de som så behovet for IP og fremmet forslaget overfor bruker, for to av deltakerne hadde de opplevd at bruker aktivt selv hadde spurt etter IP, men dette var heller unntaket.

Tre av deltakerne opplevde det til tider som stressende å være både hjelper samtidig som de skulle ha en koordinatorrolle. De så på det som et stort ansvar og at det er mange forventninger fra andre i forhold til rollene. Dette sier de gjelder både det faglige og ikke minst tiden det tar. Som en av deltakerne uttalte så var det forventning om at det å være koordinator for IP innebær ekstra arbeid i tillegg til det de ellers også skulle gjøre i løpet av en arbeidsdag. Dette medfører at de må finne tid til denne jobben på toppen av den tiden de skal bruke på andre oppgaver.

deltakeren sa:

«- det kan jo tenkes at det ansvaret med å være koordinator oppleves massivt, og man blir jo ikke akkurat lei seg når man slipper å være koordinator lenger»

En deltaker sa at hun opplevde både plusser og minuser med det å være koordinator for IP. I de tilfellene der det er mye kaos rundt brukere, og hvor det har vart lenge så opplevde hun det som en utfordring av andre rundt henne forventet at hun skulle rydde opp i dette, og at det blir lagt mye ansvar og jobb til henne for å få koordinert livet til brukere. En av deltakeren trakk fram det at hun av og til følte på det at det var forventninger til at de skulle få til det umulige.

«Jeg tror noen tror vi sitter på en tryllestav», men det bruker jeg å si at vi sitter ikke på en tryllestav, men vi er med brukere på veien, også kaster vi krykken når det ikke lenger er bruk for den»..

En av deltakerne sa at det å jobbe med IP med brukere også kunne føre til at jobben ble litt instrumentell, at hovedfokuset blir å fylle inn i planen, og at man ikke ser den personene som sitter foran henne. Det å jobbe mot mål blir det viktigste for henne som hjelper, og ikke ser brukere som sitter der og kanskje har det veldig tøft i livet.

«Det er en stor fare i denne jobben at vi mister noe i prosessen, at det er et måledokument og at måla blir viktigst og ikke den vi skal hjelpe».

To av deltakerne var opptatte av egen og andres holdninger til brukerne vedrørende brukermedvirkning og bruk av IP. En av deltakerne fortalte at hun tror det er viktig at de som helsearbeidere jobber med sine holdninger til brukere og har respekt for deres ressurser og tanker. Hun ser det som viktig at de kan komme fram med sine tanker og ønsker og blir tatt på alvor. Dette blir støttet av en av de andre deltakerne som trekker fram at det lett kan bli, dersom det er frustrasjon rundt brukere og de ser at de ikke klarer å bistå brukere at hjelperne begynner å styre for å komme videre. Det er vi som er hjelpere som blir utålmodig og ønsker å komme videre.

«Det hele handler til syvende og sist om holdninger overfor brukere og brukers mål og at vi som hjelpere tar det på alvor».

Deltakerne var samtidig opptatt av at det i noen tilfeller kan være viktig at de for å hjelpe brukere med å komme videre i livet og mot målene sine hjelper dem litt på vei. En av deltakerne sa at hun nok presset på for å få bruker til å opprette en IP, hvis saken er veldig sammensatt med mange instanser involvert. Samtidig sier hun at hun er ikke en person som presser bruker hvis han avviser bruk av IP.

5.2.3 Ansvarsgruppe – alternativ til individuell plan

Alle deltakerne sa at selv om bruker nødvendigvis ikke har en IP så erfarer de at de fleste brukere med sammensatt problematikk har en ansvarsgruppe rundt seg, hvor jevnlig ansvarsgruppemøter hører med. To av deltakerne mente at ansvarsgruppemøtene kan likestilles med det å ha en IP. Det å ha jevnlig ansvarsgruppemøter medvirker ifølge deltakerne at bruker får hjelp til å nå sine mål selv om disse ikke er satt ned i en plan.

Deltakerne sa videre at deres erfaring var at selv om bruker hadde hatt en IP så var det ikke nødvendigvis slik at den fungerte bedre enn de faste ansvarsgruppemøtene.

Som en av de andre deltakerne sa det så er det ofte de samme instansene som møter i en ansvarsgruppe som også er med i en IP. Hun sa videre at

«I et ansvarsgruppemøte har man fordelt ansvar, fastlegen henviser dit, Vpp ordner bruker en avtale, Nav hjelper i forhold til trygd eller arbeid. Dette er det samme som skjer i en IP etter min erfaring, den eneste forskjellen er at det ikke står i en IP, men er skrevet i et referat»

Selv om deltakerne var positive til ansvarsgrupper så erfarte de det også utfordrende å få dem til å fungere etter hensikten. Tre av deltakerne var klar på at skal ansvarsgruppene fungere etter hensikten forutsetter det at medlemmene i gruppen gjør sin del av jobben og kommer på møtene. Alle tre har ofte opplevd at sentrale medlemmer i gruppen ikke dukker opp på møtene, og dermed får de ikke kommet videre i saken som forutsett.

En av deltakerne sier videre at en av utfordringene som hun ser ved å bruke ansvarsgruppemøter som ofte kan bestå av både 6 og 8 ulike instanser så er det ikke alltid lett for bruker å få fram sine mål i livet. Hun fortalte at hun i noen tilfeller opplever at det fort kan bli fagfolk som definerer målene til bruker og ikke bruker selv. Hun syntes også at det i noen tilfeller selv det var vanskelig å si fra, spesielt når det var fagfolk som hadde sterke meninger om hva de tenkte var den beste hjelpen for bruker.

«Hvordan utarbeide en IP og ikke minst at det skal være fokus på brukers mål er viktig blir løftet fram slik at det ikke blir våre mål som blir i fokus».

En annen utfordring som deltakerne erfarte var at det ofte ble skiftninger i hvem som sitter i ansvarsgruppa fra de ulike etater. De erfarte ofte at utfordringen ble at nye deltakere ikke hadde satt seg godt nok inn brukers plan noe som medførte at de måtte starte på nytt, og ikke kom videre i saken.

5.3 Brukermedvirkning og individuell plan

Brukermedvirkning står sentralt innenfor utarbeidelse av individuell plan, og deltakerne var opptatt av brukernes deltakelse i utforming av IP. Det kom fram at deltakerne erfarte utfordringen med brukermedvirkning som et viktig moment ved utarbeidelse av en IP

5.3.1 Å gi brukerne en medvirkning i utforming av individuell plan

Deltakerne fortalte at de hadde forventninger til brukers deltakelse ved utvikling av IP. De fortalte videre at de anser det som svært viktig at bruker er med i hele prosessen rundt utarbeidelse av IP fra det at de samtykker til IP fram til at bruker setter opp sine mål og aktiviteter.

En av deltakerne sa at det er viktig i størst mulig grad å være sensitiv overfor brukers, mål og ønska for sitt eget liv og framtid. Hun fortalte videre at for henne ble det viktig å være bevisst på hvem sine mål de jobbet med når de satt i IP møter. En av deltakerne var opptatt av at man

skulle sikre seg at det er brukernes mål som blir fulgt, og at man ikke hadde urealistiske forventninger til hva bruker skulle klare. Hun sa at selv om bruker hadde i deres øyne urealistiske mål i livet, var det viktig at de likevel satte dem opp. Hun hadde et eksempel på hvor hun hadde tatt bruker på alvor med å sette opp et mål som for henne var urealistisk. I etterkant av denne prosessen viste det seg at for å nå dette målet måtte bruker sette mange små mål som handlet om nødvendige ting i livet som bolig, aktiviteter og jobb. I prosessen mot et for henne urealistisk mål hadde bruker fått oppnådd mange andre viktige mål i livet. For henne ble det en tankevekker og viste hvor viktig det var å ta brukers mål på alvor.

En av de andre deltakerne sa at det var lettere å få til brukermedvirkning når bruker selv hadde ressurser til å delta. Hun sa videre at utfordringen er når bruker selv ikke ser behov for IP eller ønsker hjelp, og vi som hjelpere ser at det er behov for en IP og koordinering av tjenester for at bruker skal nå sine mål.

Hun sa videre:

«det kan være slik at jeg presser på når jeg personlig synes at her burde det være en IP, spesielt i sammensatte saker, saker der jeg tenker det hadde vært okay og bruk det»

Det ble også trukket fram at for noen brukere kunne det være en utfordring at IP er digital. Dette krever både at bruker kan bruke har tilgang på PC og ikke minst ønsker å bruke det. Hun erfarte at mangel på denne tilgangen kunne medføre at bruker ikke fikk den brukermedvirkningen som ønsket. Samtidig forteller de at digital IP også kan gi bedre brukermedvirkning hvis den brukes som den skal. En av deltakerne sier at hun pleier å sitte sammen med bruker foran maskinen når de skal opprette en IP. Da legger de inn målene og hva som skal til for å nå målene. Hun erfarer at noen av brukerne blir inspirert når de jobber sammen, og noen av brukerne uttaler i ettertid at de synes det er greit med en plan som de selv kan gå inn i når de ønsker.

To av deltakerne var opptatt av at de måtte respektere det når bruker etter å ha blitt introdusert for IP, likevel ikke ønsket det. De var opptatt av dette var brukers valg, selv om de ser at en IP ville være svært nyttig for akkurat denne brukeren. En av deltakerne mente at det ikke nødvendigvis en IP i seg selv som sikret brukermedvirkning.

«Jeg tror ikke mangel på IP er til hinder for at bruker kommer seg videre i livet, i hvert fall ikke sånn som vi jobber. Vi jobber uansett kontinuerlig sammen med bruker om utfordringene de har i livet»

5.3.2 Å åpne opp for brukers ressurser

I mine funn kom det fram hos samtlige deltakere at de hadde opplevd sykdomsbildet til bruker utfordrende i forhold til IP arbeid. Som en av informantene sa så er Gruppen de jobber med i helsesektoren er så forskjellige,

«innenfor rus/psykiatri må vi forholde oss både til brukere som har klare mål i livet og en gruppe som bare forsvinner og som vi kanskje ikke ser på månedsvis. Det gjør det vanskelig å skulle jobbe så målrettet med dem som en IP fordrer».

I de tilfellene der IP har fungert ifølge deltakerne er gjerne der bruker med hele veien, har en moderat psykisk lidelse og er i stand til å definere sine egne mål.

En av deltakerne sa at hun ofte ble overrasket over at mange brukere har vanskelig for å sette ord på hva de trenger hjelp til, og at de ikke skjønner hvordan en IP kan hjelpe dem til å sortere tankene og sette målene. Det kom også fram av intervjuene at brukers psykiske helse, spesielt når de var paranoid og psykotisk, kunne ha betydning for IP arbeid. Dette gjaldt spesielt der de skulle sette opp mål fram i livet, og bruker ikke var på det stadiet å tenke langsiktig. Samtidig opplevde de at det var nettopp i slike saker det hadde vært nyttig med en IP.

«Dem som er sykest som ikke klarer å se så langt fram i tid, men det kunne være at det er dem som er sykest som kunne hatt mest nytte av det, i hvert fall dem som er rundt og organisering av dem»

En av deltakerne fortalte at hun tenkte at for noen brukere hadde nok med å komme seg gjennom dagen i dag, og at de hadde vanskelig for å se for seg mål fram i tid. Årsaken til dette ble trukket fram av en deltaker som at brukerne kanskje ikke hadde vært i en posisjon til å drømme og ha mål, eller at de kanskje hadde gitt opp etter å ha mislyktes flere ganger tidligere. Hun trodde noen brukere ikke hadde nok tro på seg selv og tenkte det ikke var realistisk at de skulle klare å nå noen mål. To av deltakerne erfarte at det som nyttet for brukere i krise var å ha kortsiktige mål. En av deltakerne trakk også fram at hun har erfaring med at jo sykere en bruker er, jo tryggere må brukeren være på koordinator for at de skal få til god dialog og brukermedvirkning.

En av deltakerne trakk fram det at det kan være en utfordring at bruker kanskje ikke ser helt poenget med IP, at de synes det blir så mye styr med planarbeidet. Hun opplevde også at mange brukere ble borte i perioder og at IP jobbingen kunne bli satt på vent, noen ganger over flere måneder. Hun sa videre at en påbegynt prosess som ikke blir fullført, det har vi nok ganske mange eksempler på.

En av deltakerne erfarte at brukere mistet noe av interessen når de erfarte at en IP ikke ga dem flere rettigheter på tjenester, enn om dem ikke hadde hatt en IP. En av de andre deltakerne opplevde utfordringen med å få bruker engasjert i eget liv, og selv ønske å gjøre noe med livet sitt. Som hun sa så er et krav i forhold til det å få tjenester fra dem også at bruker aktivt jobber med livet sitt. Det at bruker er aktiv er nesten en forutsetning for at bruker skal komme seg videre i livet sitt. Hun sa:

5.4. Organisere individuell plan i helsetjenesten

Organisering av individuell plan kan ha stor betydning for hvordan den blir brukt i helsetjenesten og i samarbeid med andre.

5.4.1 Å avsette tid og ressurser

Deltakerne opplever at ledelsen er positiv til IP og at det skal være en del av deres arbeidsverktøy. Deltakerne forteller videre at det er fokus på det med bruk av IP i sin organisasjon. Der det er søknad om IP og det er vurdert at det er behov for det skal de utarbeide IP sammen med bruker. Dette er en del av arbeidsoppgavene deres ifølge deltakerne. Som en deltaker trakk fram at det hvert år gjennom brukerundersøkelser som blir gjennomført i rus og psykiatritjenesten blir det med IP også trukket fram som en viktig del av brukerundersøkelsen.

«Vil absolutt si at vi har støtte fra vår leder at vi skal bruke det, at det er forventet, ja det vil jeg absolutt si».

Deltakerne erfarte det som utfordrende at selv om ledelsen er positiv til bruk av IP, så er det ikke satt av ekstra tid i arbeidshverdagen til denne jobben. Som en av deltakerne uttalte så må hun ofte prioritere mellom ulike arbeidsoppgaver, og når det for eksempel står mellom medisint levering eller IP så blir det til at medisint levering prioriteres.

Deltakerne erfarte også at det var en utfordring i forhold til IP arbeid at samarbeidspartnerne ikke prioriterte dette arbeidet høyt, og at det var vanskelig å få dem på banen når det gjaldt IP. Størst utfordring opplevde de med å få med fastlegen i planen, men ifølge to av deltakerne gjaldt dette også både NAV og spesialisthelsetjenesten. En av deltakerne sa at hun særlig i starten hadde opplevd stor motstand fra både NAV, fastleger og institusjoner for å være med i en plan, og at hun opplevde at noen av instansene ble irritert fordi de ikke hadde tid til å være med i en plan og sette seg inn i nytt system.

To av deltakerne framhevet også det at de ofte opplevde stor utskifting av personer i planen, og at dette medførte at de måtte bruke mye tid på å sette nye personer inn i brukers plan. En av deltakerne sa også at det er en utfordring at samarbeidspartnerne ikke leser referat, og ikke får med seg når det er planlagte møter. Hun sa videre at dette forsinker prosessen med planarbeidet, og ofte blir ikke ting gjort på grunn av dette.

Tre av deltakerne trakk fram det at de synes det er utfordrende at institusjonene ikke starter med IP arbeid når bruker er innlagt. En av deltakerne sa at hun hadde ønsket at de startet arbeidet allerede ved innleggelse, slik at det kan videreføres i kommunen. Som hun sier så er det en kontinuerlig jobb for å nå målene og det er viktig at det kommer inn i en plan. Som hun videre sa at kanskje skulle dette vært løftet til systemnivå og løse disse utfordringene eller kampene som vi opplever. En av de andre deltakerne tok også opp det med dårlig samhandling med spesialisthelsetjenesten, og at de ikke alltid får beskjed før like før utskriving at bruker har behov for koordinering og IP. Videre sier hun at når vi så spør om de har begynt å jobbe med noen av målene som for eksempel søke bolig, så har ingenting skjedd. Hun sa:

«Det å endre rutiner i et stort system, det går seint. Det er jo 15 år siden IP kom og fortsatt opplever vi mye motstand. IP er jo tenkt til dem som har langvarige og sammensatte behov, men likevel opplever jeg en motstand fra hjelpeapparatet til å delta i en IP»

5.4.2 Å avsette tid til opplæring

Deltakerne sier at de har fått opplæring i IP arbeid, men av ulik grad. Tre av deltakerne synes bruk av IP er utfordrende og at det kreves jevnlig jobbing med systemet for at man skal holde kunnskapen vedlike. De trakk også fram bruken av digital IP, og at dette verktøyet kan oppleves vanskelig å bruke i noen tilfeller. Spesielt utfordrende fortalte de at det er når det har gått lang tid mellom hver gang de bruker det. En av deltakerne fortalte at hun hadde fått opplæring for et år siden, men når hun ikke har fått brukt det noe særlig i ettertid har hun glemt noen av mulighetene med verktøyet. Som hun sa:

«Det blir vanskelig å skal lære verktøyet videre til bruker og samarbeidspartnere, når jeg selv føler at jeg ikke behersker det godt nok»

Deltakerne sier videre at det er ønskelig med en oppfriskning i utarbeidelse av IP. En av deltakeren sa at hun så på IP som ferskvare, at de burde ha en oppfriskning av og til. Hun sa det er viktig med både opplæring og oppfriskning med jevne mellomrom slik at hun bruker det slik det er ment å brukes.

5.5 Oppsummering av Funn

Funnene i studien viser at selv om deltakerne er positive og ser nytten av IP overfor brukere innenfor psykisk helsetjenestene blir verktøyet ikke brukt i like stor grad som nasjonale føringer skulle tilsi. Funnene viser videre at deltakerne erfarer at det er utfordringer knyttet til arbeidet med IP både i forhold til det å være koordinator, sykdomsbildet til bruker, og ivaretagelsen av brukermedvirkning. Det kom også fram gjennom funnene at deltakerne erfarer at IP ikke er godt nok forankret i egen tjeneste, selv om ledelsen er positiv til IP verktøyet. Behov for bedre opplæring og fokus på koordinatorrollen ble også trukket fram som utfordringer hjelpearbeidere erfarer i sin jobb. Samtidig viser funnene at helsearbeiderne erfarer at det ikke nødvendigvis er slik at mangel på IP medfører at bruker ikke får den hjelpen de trenger i forhold til koordinering og samhandling. Ansvarsgrupper er en hyppig brukt samhandling arena som ivaretar mye av den samme funksjonen som IP har, og som deltakerne erfarer kan erstatte bruk av IP.

6. Drøfting av funn

I denne delen av oppgaven vil funn fra studien i form av hovedkategoriene: Individuell plan – et verktøy i psykisk helsetjeneste, individuell plan og brukermedvirkning og Organisere individuell plan i psykisk helsetjeneste bli diskutert med utgangspunkt i oppgavens teoretiske ramme, tidligere forskning og problemstilling.

6.1 Individuell plan – Et verktøy i helsetjenesten

Funnene i studien viser at deltakerne erfarer IP som nyttig verktøy overfor brukere med store og sammensatte behov, i de tilfellene der den fungerer etter intensjonen. Utfordringen ifølge deltakerne er at de ikke får brukt IP i like stor utstrekning som de selv eller hjelpeapparatet rundt ønsker, og de erfarer det tilfeldig hvem av brukerne som får tilbud om IP. Forespørsel om IP kan komme fra ulikt hold som forvaltningskontor, samarbeidspartnere, og brukere selv.

Formålet med IP nedfelt i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1 blant annet skal sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og sikre at pasient og brukers medvirkning og innflytelse. Dette medfører blant annet at hjelpeapparatet når de ser det er behov for det skal tilby brukerne en IP. Gjennom funnene kom det fram at deltakerne sjelden erfarer at brukerne selv etterspør IP, og at det er hjelpeapparatet rundt som etterspør en plan for brukere med sammensatte behov. Det kan synes som om at forventninger om at en IP skal igangsettes kan igjen henge sammen med at IP er blitt lovhjemlet, og at hjelpeapparatet ser det som en rettighet for bruker på lik linje med andre tjenester som bør være på plass.

Ifølge Askheim (2012) så viser det seg at selv om individuell plan er rettighetsfestet betyr ikke at de som trenger det nødvendigvis får det automatisk. For den gruppen som er mest sårbar og som kanskje er dem som trenger hjelpen mest, kan det være vanskelig å be om sine rettigheter. Dette kan medføre at det er de som er mest ressurssterke eller har hjelpere som får den retten til hjelpen, og dette kan igjen skape skjevhet i forhold til hvem som får hjelpen. For de av brukerne som ikke selv er i stand til å kreve sine rettigheter vil en lovhjemling av rettighetene har liten eller ingen verdi (ibid). Dette samsvarer med svar i funnene som viser at

deltakerne erfarer at det er tilfeldig hvem av brukerne som får tilbud om IP, og at det ikke nødvendigvis er dem som har størst behov utfra kompleksiteten i livet. Mange brukere har vært lenge i hjelpeapparatet med store hjelpe- og tjenestebehov uten at det nødvendigvis har ført til at brukerne har fått tilbud om en IP.

Dette samsvarer med en studie gjennomført av Sverdrup, Myrvold og Kristofersen (2007) som viser at det mye som tyder på at hjelpeapparatet i liten grad tar ansvar for å utarbeide IP, selv om bruker har behov for langvarige og koordinerte tjenester (ibid). Den samme konklusjon finner man fra Sverige og Danmark som også bruker modeller som ligner IP. Konklusjoner fra evalueringer gjort der kommer fram til at det er krevende å bruke planene i henhold til intensjonen. Det kan derfor synes som at det å skulle få til virksomme planer innenfor psykisk helsefelt kan være utfordrende (Berger mfl, 2009).

6.1.1 Hjelperrollen og koordinatorrollen i individuell plan

Det kom også fram gjennom studien at deltakerne erfarte det som utfordrende å ha en koordinatorrolle i tillegg til hjelperrollen. Deltakerne fortalte at koordinering er en kontinuerlig jobb, med motivering av bruker for at planen skal bli virksom. Det å ha rolle som psykisk helsearbeider kommer i tillegg til koordinatorrolle og innebærer mange oppgaver i forhold til utøvelse og oppfølging av IP til psykisk syke brukere. Ifølge Helsedirektoratet (2013) er noen av oppgavene til psykisk helsearbeider ved utarbeidelse av IP å sikre informert samtykke fra pasient og bruker til oppstart av planprosess og informasjonsutveksling. I tillegg skal han eller hun legge til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet. De skal både avklare ansvar og forventninger samt sikre god informasjon og dialog med bruker gjennom hele prosessen. I tillegg skal han sikre helhetlig kartlegging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov, i tillegg til å sikre framdrift med planen samt koordinere ansvarsgrupper og evaluere planen (Helsedirektoratet, 2013). Funnene viser at deltakerne var opptatt av brukers samtykke til plan før oppstart av planverket.

Det at deltakerne opplever koordinatorrollen som massiv kan også henge sammen med at det å være koordinator for IP kommer gjerne på toppen av andre arbeidsoppgaver som de har i sitt

daglige arbeid. Dette kan medføre at IP arbeid blir prioritert bort og at man prioriterer de oppgavene som haster mest. I følge Askheim (2012) kan økte krav til effektivitet og knapphet på tid og ressurser har skapt et press på hvilke arbeidsoppgaver den enkelte helsearbeider skal prioritere. Dette kan også føre til at det oppleves mer effektivt og lettere å ta beslutninger uten å involvere brukere unødige når saker og arbeidsoppgaver står i kø (ibid). Det følger også av studier på feltet at det kan være vanskelig å få ansatte til å påta seg rollen som plankoordinator. Funksjonen kan være både tidkrevende, i tillegg til at de kan oppleve en del usikkerhet i forhold til hva som forventes av rollen (Helsedirektoratet, 2014). Funnene viste at nettopp det at koordinatorrollen til tider kan oppleves både krevende og utfordrende, i tillegg til at den er både tid og arbeidskrevende. Som en deltaker sa:

«det kan jo tenkes at det ansvaret med å være koordinator oppleves massivt, og man blir jo ikke akkurat lei seg når man slipper å være koordinator lenger».

Dette samsvarer med en studie gjennomført av Holum (2013) som viste IP kun fungerte i en av fire tilfeller blant hennes deltakere. Et av funnene viser at kompetansen og erfaring som koordinator og fagperson har betydning for rollen som plankoordinator, i tillegg til at koordinator har tilstrekkelig grad av kompetanse og beslutningsmuligheter (ibid). En studie av Holck (2004) som forsket på tjenesteyting overfor barn med funksjonsnedsettelse kom også fram til at det er utfordringer knyttet til mangel på ressurser og uklare beslutningslinjer. Der kom det også fram at det er viktig å se på koordinatorrollen for å imøtekomme de forskjellige brukergruppers behov for oppfølging (ibid).

Samtidig er det viktig at som helsearbeider og koordinator er bevisst den kunnskap og forståelse man har på feltet når man skal hjelpe psykisk syke brukere. Både fagpersoner, brukere og pårørende møter hverandre med en forforståelse som personer i ulike roller. Dette innebærer at når vi danner oss en forståelse av noe, så forsøker vi ikke å være nøytrale. Vi har uunngåelig noen generelle ideer med oss om hva som er karakteristisk ved det fenomenet vi står overfor (Karlsson og Borg, 2013). Det er vanskelig for hjelper å skulle sette seg helt inn i brukers situasjon. For å få innsikt og et større grunnlag for å forstå den andres situasjon må man ifølge Gadamer (1999) utvide horisonter når hjelper blir klar over at det man trodde var

svaret var feil, eller for snevert. Den erfaringen hjelper tilegner seg gir ny forståelse, ny innsikt og utvider hans eller hennes horisont (Gadamer, 1999, Thomassen 2006). Gjennom funnene kom det fram at deltakerne var bevisste at de jobbet med en brukergruppe som har andre utfordringer enn andre brukergrupper, og at det krever en annen tilnærming og forståelse fra dem som fagfolk når brukerne blir passive eller blir borte for en periode.

6.1.2 Sykdomsbildet til bruker

Sykdomsbildet til bruker hadde også betydning for IP arbeid ifølge deltakerne. De erfarte at det kan være vanskelig for brukere som er psykotisk og ha så langsiktige mål som en IP fordrer. Spesielt ble det trukket fram at når det er kriser og kaos i livet til bruker, så er det vanskelig å skulle få dem til å ha fokus på langsiktige mål, når de har nok med å mestre dagen i dag.

I følge Almvik og Borge (2006) er en utfordring for helsearbeiderne at mange med psykiske lidelser sliter med krevende symptomer. Dette kan i perioder medføre at tjenestemottaker ikke makter å tenke på framtiden og delta i samarbeidet, selv om dette gjelder tiltak som er rettet mot deres egne behov. Selv om fagpersonen er klar til å starte et planarbeid, er ikke alltid tjenestemottaker klar for dette arbeidet (ibid). En av deltakerne tok opp nettopp det at det kan være vanskelig for brukerne som er veldig syke å skulle tenke langsiktige mål som ofte er en del av IP arbeidet. En deltaker sa «*Dem som er sykest som ikke klarer å se så langt fram i tid, men det kunne være at der dem som er sykest som kunne hatt mest nytte av det*». Ørstadvik (2002) peker på at sykdomsbildet ved psykiske lidelser med tilbaketrekking, taushet og angst ofte kan representere en spesiell utfordring for hjelpeapparatet og kan stå i motsetning til en aktiv og utadvendt brukerrolle. Psykiske problemer kan i perioder også gjøre det vanskelig å holde avtaler og kan medføre ustabilitet fordi en ikke alltid har krefter til å følge opp (Almvik, A, og Borge, L, 2006). Dette samsvarer med funn i studien hvor deltakerne erfarte at en del av deres brukere mistet motivasjonen til planarbeid etter hvert, og at noen også forsvant og ble borte i perioder. En studie av Michaelsen, Vatne og Holligan (2007) viser også at det kan være problematisk å involvere brukerne til å medvirke i planarbeid, fordi mange brukere over tid har utviklet en passiv rolle. I tillegg til at profesjonelle hjelpere har lave forventninger til brukers deltakelse (ibid).

Det å skulle forsøke å forstå en annen ut fra hermeneutikken og dens fortolkende prosess kan også være utfordrende. Dette gjelder spesielt når man skal hjelpe psykisk syke som i perioder også kan være psykotiske eller i krise. Den verbale og non-verbale kommunikasjonen kan vanskeliggjøres ved forventning til mening i det en sier og gjør. Det fordrer også at den syke forstår relevant informasjon, konsekvenser av ulike valgalternativ, anerkjenner egen livssituasjon og sykdomsbilde, i tillegg til at han har evnen til å uttrykke et valg (Lorem 2014). Ut fra funnen kan det synes som at brukernes plan blir passive når bruker melder seg ut, eller blir borte. Dette kan føre til at bruker ikke får den hjelpen han eller hun skal ha når de ikke selv er aktiv i planarbeidet.

6.1.3 Ansvarsgrupper – alternativ til individuell plan

Det kom fram gjennom studien at bruk av ansvarsgrupper er mye brukt som samarbeidsarena innenfor psykisk helsefelt. Deltakerne erfarte at mye av koordineringsarbeidet rundt brukere med sammensatte behov blir løst i ansvarsgruppene. En av deltakerne erfarer at ansvarsgrupper kan likestilles med en IP, som hun sa «*det er det samme som skjer i en IP etter min erfaring*».

Ifølge Thommasen mfl. (2007) er det innenfor psykisk helsefelt en utstrakt bruk av ansvarsgruppemøter som en arbeids og koordineringsform. Mye av den koordineringen og samhandlingen mellom ulike parter skjer i disse møtene og kan være med på å minske behovet for en IP. Det blir ofte være den samme jobben som gjøres i disse møtene og det kan synes som unødvendig tidsbruk og skulle utarbeide en IP i og. Hovedhensikten med en IP er nettopp å koordinere og samordne tjenester og dette gjøres i stor grad i en ansvarsgruppe (Thommasen mfl. (2007).

Selv om bruk av ansvarsgrupper til en viss grad kan erstatte behovet for IP viste funnene at deltakerne opplevde utfordringer også med denne samarbeidsformen. Det gjaldt spesielt i de tilfeller hvor det ble stor utskifting av deltakere i gruppen eller hvor de ikke møter opp til møter. Dette kan medføre både frustrasjon og forsinkelser i planprosessen.

Det kan likevel synes som at ansvarsgrupper er blitt en integrert måte i hjelpeapparatet å koordinere tjenester rundt og med brukere. Det som kom fram gjennom funnene var at de stort sett opplevde ansvarsgrupper som en god samhandlingsarena, og at oppgavene kan bli fordelt mellom medlemmene i gruppen og at bruker er tilstede. Det kan synes som at ansvarsgrupper i stor grad erstatter behovet for en IP, og at fører til at behovet for IP ikke synes så stort for helsearbeiderne. Samtidig er det viktig at hjelpesystemet fortsatt tilbyr brukerne som trenger det IP da en IP kan kreve en annen aktivitet og medinnflytelse enn en ansvarsgruppe gir. I en studie av Thomassen, Normann og Sandvin (2003) kom det fram at brukerne er godt fornøyd med IP, og ønsker å være delaktig i utarbeidelse av en plan.

En studie som Vold Hansen (2007) har gjennomført bruk av IP i kommunal sektor viser også at ansvarsgrupper kan være en arena der det er muligheter både for å samarbeide og for å komme frem til pragmatiske løsninger. Det viktigste er likevel at dette er en arena der tjenestemottakerne kan utøve innflytelse. Det kom også fram i studien at det viser seg at de profesjonelle sitter med definisjonsmakten av hva som er akseptable behov, og definerer hvilke behov bruker har (ibid).

6.2 Individuell plan og brukervedvirkning

6.2.1 Brukers medvirkning i utforming av individuell plan

Funnene i studien viser at deltakere er opptatte av at brukerstemmen skal være sentral arbeidet med IP. Deltakerne forteller også at de har en forventning til brukers deltakelse og at de er aktiv i sin egen plan.

Dette samsvarer med det som er grunnprinsipp innenfor alle dem som mottar offentlige tjenester og som det ligger viktige politiske føringer for i Norge med økt medvirkning og innflytelse for brukerne av offentlige tjenester. Brukervedvirkning skal bidra til tjenester som er fleksibelt tilpasset den enkeltes ønsker, ressurser og behov. For å oppnå dette kreves det en økt respekt for brukernes vurderinger og ønsker, og dermed en endring av de profesjonelles ekspertroller. Dette vil igjen skape utfordringer for de profesjonell på innlærte handlemåter,

og mange leter etter redskaper og tilnærminger som kan være til hjelp i praktiske arbeid med brukermedvirkning (Aune, Liv m/fl, 2001). Funnene viste at deltakerne erfarte at det kunne være utfordrende i IP arbeid at fagfolk rundt har meninger om hva som er brukers utfordringer og definerer målene for bruker. En av deltakerne sa det slik:

«hvordan utarbeide en IP og ikke minst at det skal være fokus på brukers mål er viktig blir løftet fram slik at det ikke blir våre mål som blir i fokus»

Formålet med IP arbeid og brukermedvirkning, innebærer nettopp at bruker har et medansvar i form av selv å være aktiv og ta ansvar for eget liv og helse. Tjenesteyter har da en viktig rolle med å yte hjelp til selvhjelp, det vil si legge forholdene til rette, gi støtte og komme med råd (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998-1999). Det ligger også en forståelse i begrepet bruker om at den hjelpetrengende er en medaktør, en person som samarbeider med hjelperen, slik at de to er likeverdige partnere. Gjennom dette skal det garanteres for at den som trenger hjelp blir satt i sentrum. I tillegg skal brukerens verdier, mål og ønsker for eget liv regnes med og ha tyngde for det som blir gjort (Helga Robberstad 2001).

Samtidig erfarer deltakerne i studien at brukermedvirkning kan bli utfordrende å få til, spesielt når bruker er svært syk, eller som de også erfarer blir borte i perioder. Det følger også av helsedirektoratet (2015) at forutsetningen for medvirkning kan endre seg over tid, eksempelvis som følge av endring av motivasjon og mestringssevne. Brukers personlige og helsemessige ressurser må stå i forhold til hva som kan forventes av medvirkning. Det må legges vekt på å få fram brukers egne mål (ibid). Funnene viser at nettopp det å skulle få fram brukers stemme i IP arbeidet er utfordrende når bruker på grunn av sin sykdom ikke klarer å medvirke. Innenfor psykisk helsearbeid vil det være viktig å tenke hva som kan være helsefremmende tiltak for å fremme brukerens medvirkning. Innenfor salutogenese er idealbehandlingen nettopp skredder syng, mens det innenfor patogenesen søker etter den rette kur (Almvik og Borge, 2006). Gjennom funnene kom det fram at for å sikre brukermedvirkning i planarbeidet bruker de ofte å sette seg sammen med bruker foran en skjerm å starte arbeidet sammen. Dette medfører at bruker kommer i gang og blir aktiv med i prosessen med å sette opp mål og aktiviteter. Erfaringene deres er at dette er en god måte å

starte arbeidet med IP. Dette støttes også av Michaelsen, Vatne og Holligan (2007) som anbefaler IP for å starte opp en prosess der brukere får mulighet til å gå inn i en aktiv rolle i utforming av eget liv (ibid). En studie av Helen Bull (2006) kommer det også fram at samarbeidsprosessen i IP arbeid er viktig, og at dette er av betydning for at brukerne skal komme fram til egne ønsker og mål i arbeidet (ibid).

Samtidig kan det være en utfordring når man som fagperson ser at brukerne trenger hjelp, og de selv ikke ønsker det. Det kom fram gjennom funnene at deltakerne i noen tilfeller presser litt på for at bruker skal utarbeide en IP når det er mye kaos i livet. En av deltakerne sa:

det kan være slik at jeg presser på når jeg personlig synes at her burde det være en IP, spesielt i sammensatte saker, saker der jeg tenker det hadde vært okay og bruk det».

De aller fleste fagpersoner ønsker å være til hjelp, og mange fagpersoner har lang utdannelse og kompetanse innenfor sitt fagområde. Kompetansen kan i noen situasjoner føre til at «ser» hva som skal til og vet hvordan den beste hjelpen vil være. Dette kan føre til at den hjelpesøkende blir satt til side, overkjørt og instruert til å ta imot all denne «riktige» hjelpen fra fagpersonen. Denne hjelpen er som oftest ikke til noen hjelp, da det ikke er mulig å forandre eller hjelpe mennesker utenfra mot deres vilje. Som fagpersoner må vi være bevisst at skal vi som fagpersoner være akkurat passe til hjelp, må hjelpen være noe som utvikles i samarbeidet mellom fagpersonen, brukeren og nettverket. Det må være hjelp som personen kjenner seg igjen i og føler kan være til nytte. Forandring er noe som kommer innenfra, og kan finne sine uttrykk i samarbeid med fagpersoner (Aadland, 2013). En studie gjennomført av Vold Hansen (2007) viser resultatene viser begrensninger i brukermedvirkning i stor grad er et resultat av manglende ressurser og begrenset tiltaksrepertoar i kommunene. Resultatene viser også at helsearbeiderne er positive til å gi brukerne innflytelse på utforming av tiltak, men begrensingen ligger hos brukerne som ikke klarer å utnytte denne muligheten. Det kom også fram i studien at en viktig forutsetning for at tjenestemottakerne skal kunne utnytte arbeidet med individuelle planer og oppnå økt brukermedvirkning, er at de både har klare mål og at de forstår hensikten med planen. Gjennom funnene kom det fram at deltakerne erfarte at det ikke er slik at brukerne nødvendigvis forstår nytten av en IP og nødvendigheten av å ha mål i livet. Dersom det er mye styr og kaos i livet til bruker kan det føre til at de som hjelpere blir utålmodige og begynner å styre for å komme videre.

Dette kan stride mot tanken om brukermedvirkning og tanken om å styrke brukers situasjon og gi han større makt over eget liv. Sentralt innenfor brukermedvirkning står empowerment, eller overføring av makt fra hjelpeapparatet til brukerne. Både brukermedvirkning og empowerment har mye likheter og er lansert for å styrke brukers situasjon og gi han større makt over eget liv. Innenfor helsetjenestene kan empowerment tolkes som en overføring av makt fra fagfolk til bruker av tjenesten. Empowerment ligner på brukermedvirkning ettersom begge begrepene dreier seg om maktoverføring, en styrking av brukers innflytelse i utforming av eget hjelpetilbud (Askheim og Starrin, 2007). Sentralt innenfor dette begrepet blir da prinsippet om autonomi, dvs selvbestemmelse. Empowerment kan defineres som det å gi makt og autoritet til personer, eller at personer gis mulighet eller tillatelse til noe de ikke fra før har hatt anledning til. Begreper som kan assosieres med myndiggjøring og empowerment er ord som kontroll, mestring, ansvar, o.l. (Vatne 1998). Funnene viste som nevnt ovenfor at deltakerne erfarte det utfordrende når bruker oppleves passiv og at de som hjelpere må ta over noe av styringen. En studie gjort av Helen Bull (2006) finner at samarbeidsprosessen i IP arbeid er viktig, og at det kom fram at dette var av betydning for at brukerne skulle komme fram til egne ønsker og mål i planen. Hun fant også ut at det er en grunnleggende asymmetri i maktforholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Studien viste at tjenesteyterne hadde for stor makt i forhold til brukerne.

6.3 Organisere individuell plan i helsetjenesten

6.3.1 Tid og ressurser

Det kom fram gjennom studien at selv om IP er forankret hos ledelsen, er IP arbeid ikke satt på dagsorden i det daglige arbeidet.

For at IP i større grad skal bli implementert som en arbeidsoppgave på lik linje med andre arbeidsoppgaver i helsetjenesten må ifølge Hollingen (2008) IP forankres på systemnivå eller hos ledelsen. I følge dem må viktige aktører som den faglige ledelsen og fagfolk forplikte seg til å forankre og etterspørre arbeidet med IP. Kan det være slik at dersom det i større grad hadde blitt etterspurt av ledelsen og vært en forventning til bruk av IP ved arbeidsplassen så kan det være at det i større grad hadde blitt brukt (Hollingen, 2008; Trefjord og Hatling 2004). Det kom også fram fra en av informantene at det ofte ikke var satt av ekstra tid til å være

koordinator og at dette var noe de måtte gjøre i tillegg til annen jobb. Ved i større grad legge til rette for IP arbeid, og sette av tid fra ledelsen kunne det det være slik at verktøyet ble brukt i større grad?

I følge Sosial- og Helsedirektoratet (2005) så hevder de at for å kunne lykkes i arbeidet med IP, så bør selve ordningen og enkle prosedyrer for arbeidet forankres på øverste nivå i organisasjonen. Dette kan man for eksempel tenke seg at ledelsen i større grad setter dette på dagsorden i egen avdeling og forankrer det hos seg selv. Dette kan de gjøre ved å ha en forventning om at de ansatte utarbeider IP i de tilfeller det skal være og at det blir tatt opp som tema på arbeidsplassen. I tillegg bør det legges til rette for undervisning og oppdatering av IP arbeid og koordinering. Dersom det blir større forventning fra ledelsen på bruk av IP, så kan det også føre til større bruk av det overfor brukere med store og komplekse utfordringer (ibid).

Funnene viste at deltakerne erfarte det som en utfordring av samarbeidspartnerne ikke prioriterer IP arbeidet høyt nok, og at de opplever det som vanskelig å få dem aktiv i planarbeidet. Deltakerne erfarer også at det kan være vanskelig å endre rutiner i et stort system, og at det går seint.

For å få til godt samarbeid rundt IP arbeid er det også viktig for å få til målet om tilpassede og koordinerte tjenester for den enkelte bruker at samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten styrkes. Dette arbeidet må sikres både på systemnivå og individnivå. For å få til en god samhandling rundt brukere, er det en forutsetning at de ulike tjenester har en vilje til å samhandle (Aarre, 2010). En studie gjennomført av Lorentsen og Berge (2006) viser at mange tjenesteytere er svært opptatt av å jobbe med IP, men at de står overfor vanskeligheter på systemnivå for å sette IP ut i praksis. De konkluderer med at for å oppnå det fulle potensiale med individuell plan, må ordningen blant annet være bedre organisert både politisk og administrativt i kommunen.

Et annet funn som deltakerne erfarer som utfordrende er at IP er blitt digital. Selv om kommunen gikk over til digital IP i 2014, er det fortsatt usikkerhet rundt bruken av den, både

internt, men også blant samarbeidspartnerne. En studie på bruk av nettbasert IP gjennomført av Bjerkan (2010) viser at nettbasert verktøy krever mer av organisatoriske grep da de samme verktøy skal benyttes av mange instanser. Det samme resultat kom også Holligan (2008) og Tosterud (2007) som viser at nettbasert IP ikke bare er positive, og fortsatt oppleves utfordrende. En studie av Holum (2013) viser at der brukerne rapporterer tilfredshet med planen var i de situasjoner der det var avklart hvilke systemer og forvaltningsnivåer de hører til, og hva slags hjelp som er tilgjengelig og nødvendig

6.3.2 Opplæring

Det også fram i studien at informantene ønsket bedre opplæring i hvordan utarbeide IP og hva som ligger i koordineringsarbeidet i en IP. Alle hadde også fått opplæring i bruk av IP, men likevel kom det fram i studien at flere var usikker på bruk av den og hvilke muligheter som ligger i dette verktøyet.

Gjennom veilederen for IP (Helsedirektoratet 2010) så påpekes det at både tjenesteytere og saksbehandlere trenger opplæring for kunne informere om IP. Det kan være vanskelig å foreslå en IP dersom hjelperen ikke selv har god nok kunnskap om bruken av den. I tillegg er det en forventning til at hjelperen skal lære opp de andre deltakerne i bruken og dette kan bli en barriere for å starte opp en IP (ibid). Funnene viser at deltakerne erfarer at det kan være vanskelig å bruke IP verktøyet. Dette henger både sammen med at den er blitt digital, og at for flere av dem lenge siden de har fått opplæring. I tillegg erfarer deltakerne at både brukere og flere av samarbeidspartnerne er skeptiske til å ta i bruk IP.

En studie gjennomført av Bjerkan og Hellesø (2010) viser at dersom det er skepsis til bruk av nettbasert IP kommer fra koordinator eller deltakere så har det en betydning for planprosessen. Inaktive koordinatører forårsaker stopp i planprosessen. Det kommer også fram at det er stort sett koordinator som skriver i den nettbaserte planen. Gjennom dette kan det synes som om at det er behov for mer kunnskap og opplæring til tjenesteytere for å møte dagens teknologiutvikling (ibid). Dette kan underbygges gjennom studien hvor det kom fram at informantene ofte opplevde at det var dem selv som ble sittende som den aktive part i planen. Som en av informantene opplevde det så er det ofte slik at når hun sjekker loggen så

er det ofte de samme som går igjen. Det hun opplevde oftest var at deltakerne ikke hadde vært inne i planen og at viktig informasjon som neste ansvarsgruppemøte, eller meldinger ikke ble lest av aktuelle deltaker. Dette kan igjen føre til at deltakerne ikke har fått med seg neste møte, og ikke dukker opp.

8 Metodiske overveielser

Målet med undersøkelsen var å få en dypere forståelse av hvilke utfordringer psykisk helsearbeidere i kommunen erfarer med bruk av IP til psykisk syke brukere. Studien kan være et bidrag i et kunnskapsfelt hvor det ikke foreligger så mange andre studier på feltet. Det er en styrke ved studien er at temaet blir satt på dagsorden, og viser de utfordringer som helsearbeidere i kommunen erfarer med bruk av IP innenfor psykisk helsefelt. Styrken i studien kan også være at den er et bidrag i et kunnskapsfelt hvor det ikke foreligger så mange studier innenfor dette feltet. Fordelen med en kvalitativ studie er nettopp at den kan generere nye problemstillinger og være utgangspunkt for nye studier, som igjen bidrar til økt kompetanse på området. Det er innenfor kvalitativ forskning ikke krav om representativitet verken når det gjelder utvalg eller funn, og i og med at denne studien har fire deltakere vil den ikke være generaliserbar ved å slutte resultater fra denne og over til større populasjoner. Studien kan likevel ha en overføringsverdi overfor andre helsearbeidere som også har en rolle som koordinator i helsetjenesten. Gjennom studiet kan vi likevel få noen svar på hvilke utfordringer helsearbeiderne opplever ved bruk av IP overfor psykisk syke, og eventuelt gjøre lokale tilpasninger for å få planene til å fungere. I tillegg blir IP som verktøy satt på dagsorden, og kan medføre økt bruk av dette.

Det er også sannsynlig at andre helsearbeidere med koordinatoransvar vil kunne kjenne seg igjen i deltagernes erfaringer. Funnene kan også være overførbare til andre yrkesgrupper og arbeidsfelt som også bruker IP i sitt arbeid. Erfaringer med IP er det mange andre som også har både innenfor somatisk helsetjeneste og overfor barn og unge. Utfordringer som anvendelse av IP, samarbeid med andre instanser, brukermedvirkning og tidspress er noe de aller fleste kan kjenne seg igjen i det daglige arbeidet med komplekse saker. Kanskje kan studien også bidra til at IP i fremtiden brukes mer som det verktøyet det er ment å være.

7.1 Reliabilitet

For å vurdere studiens troverdighet er det viktig å se på hvordan gjennomføringen av forskningen er gjort. Reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre. Begrepet brukes ofte i sammenheng med hvorvidt andre forskere ville kommet fram til samme resultat ved å benytte samme metode (Kvale et al., 2009, Thagaard, 2009). Min erfaring og ikke minst kunnskap på feltet må antas å ha hatt innflytelse på det teoretiske perspektiv som ble valgt ut. I tillegg har jeg selv erfaring med bruk av IP innenfor samme felt. Dette medførte velkjente dilemmaer innen kvalitativ forskning, der forskerens studium av egne beslutninger, tanker og handlinger i mange tilfeller regnes som en del av forskningsmaterialet (Malterud, 2013). Min egen kjennskap og erfaring til feltet har både vært en styrke og en svakhet. Jeg tilstrebet aktivt å sjekke ut egen forforståelse og se dette opp mot funnene i studien og reflektere underveis over hva som overrasket meg og hva jeg kjente igjen eller forventet å finne. Teoretisk perspektiv og forforståelsen vil derfor ligge til grunn for analysen og for tolkning av funnene. Dette kan bety at et annet ståsted og annet teoretisk perspektiv sannsynligvis hadde gitt andre tolkninger. I følge Tjora (2012) så er ikke data en ren speiling av virkeligheten, men må tolkes for å kunne gi mening, i en kontekst. Forskerens verdigrunnlag på ulike områder vil så kunne påvirke tolkninger (ibid).

Selv om jeg har forsket i eget felt, er det ikke egen yrkesgruppe eller arbeidssted jeg har forsket på, og det kan ha gitt meg noe mindre forforståelse på feltet enn om det hadde vært innenfor eget felt. Det at jeg har kjennskap til feltet kan likevel ha gitt meg den nødvendige innsikt til at data som er innsamlet har gitt meg mening. I følge Thagaard (2009) må forskeren argumentere for reliabilitet ved å redegjøre for hvordan dataene er blitt utviklet gjennom forskningsprosessen (ibid). Det er tilstrebet å gjengi nøyaktige beskrivelser av framgangsmåten i studien, slik at en annen forsker sannsynligvis skal kunne gjennomføre den samme studien. Det betyr likevel ikke at en annen forsker kommer fram til de samme resultatene. Dette henger sammen med at deltakeren erverver ny kunnskap på feltet og gjør seg nye erfaringer som igjen medfører at de samme spørsmålene fra intervjuguiden ikke nødvendigvis vil medføre samme svar.

7.2 Validitet

Validitet er knyttet til tolkning av data, og gyldigheten til disse tolkningene (Thagaard, 2009). Herunder må det forstås slik at forskeren må spørre seg om svarene som fremkommer faktisk

er egnet til å besvare de spørsmålene som skulle undersøkes. Hvis det ikke besvares så vil resultatet være ugyldig i forhold til forskningsspørsmålet (Polit & Beck, 2012 a). Ved at studien legger frem fremgangsmåte, begrunner valg av metode for datainnsamling og om det er teoretiske innspill som får betydning i studien styrker gyldigheten. Det at studien er av begrenset omfang en masteroppgave, kan den vanskelig påberope seg resultater av slik tyngde som må til for at studien skal kunne levere sikre svar. På grunn av oppgavens omfang fikk jeg det antall informanter som jeg ønsket, men i og med at det er kun 4 deltakere har denne studien følgelig ikke kraft til å belyse spørsmålet for andre enn utvalget. Alle fire har imidlertid jobbet mange år innenfor psykisk helsefelt og således mye erfaring fra feltet. Til sammen belyste disse fire et bredt spekter av utfordringer knyttet til utarbeiding av IP, og medførte et rikt datamateriale som grunnlag for analysen.

Som metode valgte jeg dybdeintervju, både utfra en tanke om at det var lettere å få fram den enkeltes erfaring rundt bruk av IP, men også fordi jeg så det slik at det var lettere å få til å organisere i en travel hverdag hvor informantene jobber til forskjellige tider. Gjennom dybdeintervju gis det også anledning til å invitere deltakerne til å dele sine opplevelser med forskeren, gjennom å beskrive fenomenene slik de fremstår for dem på det individuelle planet (Tjora, 2012). Intervjuene ble tatt opp på bånd og jeg opplevde at det var en styrke både å kunne lese det som var blitt ordrett transkribert og å kunne høre på lydfile. Dette ga en best mulig gjenskapelse av intervjusituasjonen ved analysen, noe som forhåpentligvis sikret meg mot at min egen forståelse, ureflektert, fikk for stor innflytelse på analysen av informantenes utsagn. Jeg mener jeg i stor grad har fått belyst det jeg ønsket å få kunnskap om, noe som styrker intervjuenes troverdighet. Analysens troverdighet er videre avhengig av om jeg har klart å få tak i og overføre meningsinnholdet i hva informantene formidlet, over til meningsbærende enheter. Jeg tilstrebet å få til en lik fortolkning av dataene ved å stille de samme kritiske og analytiske spørsmålene til all tekst og alle notater. Ved at deltakerne fikk lik skriftlig og muntlig informasjon i forkant av intervju om hva jeg ønsket å få vite noe om, ble kravet til systematikk forsøkt ivaretatt.

8. Oppsummering av studien og avsluttende kommentar

8.1 Oppsummering av studien

Studien har omfattet de utfordringer som psykisk helsearbeidere erfarer med bruk av IP innenfor psykisk helsefelt. Utvalget i studien bestod av 4 deltakere fra psykisk helsefelt i kommunen og som har erfaring med bruk av IP. Studien har vist interessante funn som setter søkelyset på hvordan utfordringer som erfares blant helsearbeidere, og kan indikere hvorfor planen ikke blir brukt i den utstrekning som nasjonale føringer tilsier. Studien viser også at helsearbeiderne har en oppriktig interesse av å ivareta brukers mål og håp for fremtiden og har vært opptatt av brukermedvirkning. Det kom også fram i studien at bruker selv sjelden etterspør IP, og at det i større grad er hjelpetjenestene rundt som ser behov for det. Studien viser at det er tidkrevende å være koordinator og at det ikke er satt av ekstra tid til å ivareta denne rollen. Deltakerne erfarte at denne oppgaven kommer i konflikt med andre arbeidsoppgaver de har i sin arbeidshverdag. En måte å løse dette på er bruk av ansvarsgrupper er mye brukt som et alternativ til IP og oppleves som en god måte å løse koordinering rundt brukere. Andre erfaringer som kom fram i studien er utfordringer knyttet til brukers psykiske helse, og hvordan den kan påvirke IP arbeid, og i verste fall føre til passive planer. Deltakerne var opptatt av brukermedvirkning i planarbeidet, men også de utfordringer som følger med når bruker blir passiv, er veldig syk, eller hjelpeapparatet tar over kontroll gjennom å påvirke brukers ønsker og mål i livet. Det at IP også er en samhandlingsprosess erfares også utfordrende spesielt når deltakere i planen ikke følger opp sine oppgaver, eller når det er utskiftninger av deltakere i planen. De var også opptatt av den forankring IP hadde i egen organisasjon, og erfaringene tilsier at selv om ledelsen er positiv til IP, så settes det ikke av ekstra tid til denne oppgaven. Det kom også fram at manglende opplæring eller fokus på opplæring også har betydning på hvor trygg deltakerne er i bruken av IP.

8.2 Refleksjoner og implikasjoner for praksis

Bruk av IP er fortsatt fremmet som et viktig verktøy for å ivareta behovet for koordinering overfor brukere innenfor psykisk helsefelt. Både gjennom Samhandlingsreformen fra 2012, opptrappingsplan innenfor habilitering og rehabilitering 2017-2020 og forslag om pakkeforløp innenfor rus og psykisk helsefelt fremmer IP som et viktig samhandlingsverktøy i komplekse saker. Slik studien viser så er det fortsatt et uutnyttet potensiale for større bruk av IP innenfor

feltet. En implikasjon kan være et større fokus på IP innenfor det enkelte tjenestested hvor det er fokus på opplæring i IP og koordinatorrollen. En annen implikasjon kan være at ledelsen i større grad pålegger bruk av IP i egen tjeneste, slik kan det settes av bedre tid til denne viktige oppgaven.

8.3 Videre forskning

Ut fra studiens resultat kan det være behov for å se på hvilken erfaring brukerne har ved bruk av IP. Det at brukerne i stor grad ikke er pådrivere for IP kan ha betydning for hvorfor det ikke benyttes i større grad. Det kan også være behov for å se på om IP slik den er utformet i dag er et egnet verktøy for bruk innenfor psykisk helsefelt, eller om det bør tilpasses bedre for målgruppa. Ikke minst gjelder dette bruk av digitalt verktøy og innholdet i planen. Det kan også være behov for å se på om en profesjonalisering av koordinatorrollen kan være veien å gå for å få opp bruken av IP.

8.3 Konklusjon

Studien viser fra dette og lignende studier at arbeidet med IP er komplekst og at det er flere utfordringer i det å ivareta rettigheten til IP til psykisk syke brukere. Studiens funn tyder på at helsearbeidernes utfordringer i bruk av IP innenfor psykisk helsefelt kan knyttes til prioritering av tid, sykdomsbilde til bruker, men også forhold utenfor egen virksomhet som samarbeid med andre tjenestetakere. Studien viser også at selv om ikke IP brukes i så stor grad så sikrer arbeidsmetodikken med bruk av ansvarsgrupper innenfor psykisk helsefelt mye av behovet for koordinering av hjelpebehovet.

Litteraturliste:

- Aarre, T.F (2010): *Manifest for psykisk helsevern*: Universitetsforlaget, 2010.
- Aadland, E (2011): *Og eg ser på deg – vitenskapsteori i helse- og sosialfag*: Universitetsforlaget, 3. utgave, 2. opplag, 2013.
- Agenda (2007; *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjeneste*. FOU-prosjekt på oppdrag av KS. Sandvika: Agenda utredning og utvikling AS.
- Almvik A, og Borge L (2006): *Psykisk helsearbeid i nye sko*: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. 2006.
- Askheim, Ole Petter, and Bengt Starrin. 2007. *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2007
- Bakke, T. (2005). *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter. En kvalitativ studie av hvordan det oppleves for personer med alvorlige psykiske lidelser å delta i utarbeidelse av sin egen individuelle plan* (Masteroppgave). NTNU, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Trondheim.
- Berger, K., Persson, R., Pettersson, A-C., Borgersen, B. R., Smedberg, K., & Svensson, M. (2009). *Individuell Plan enligt LSS. En rättighet för många som utnyttjas av få*. Länsstyrelsen i Västmanland.
- Blickfeldt Juliusen, 2004; Center for Evaluering Psykiatrien i Aarhus Amt, 2006; PLM Rambøll Management, 2002).
- Bjerkan, J, 2010; *Web-basert individuell plan*. Norsk sykepleierforbunds Faggruppe for IKT og dokumentasjon.
- Bull, H. (2006). *"Hun mente det var best" Brukeres erfaringer med medvirkning i arbeidet med individuell plan* (Masteroppgave). Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo.
- Gadamer, H-G (2003): *Om forståelsens sirkel*. I H-G. Gadamer, *Forståelsens filosofi*. Utvalgte hermeneutiske skrifter. Cappelens forlag.
- Gråwe, R. W., Hatling, T., & Ruud, T. (2008). *Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007*. (SINTEF Rapport). Trondheim: SINTEF.

Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* (Doktoravhandling). Universitetet i Karlstad, Sverige.

Helsedirektoratet 2015: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2015: Norsk pasientregister.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*, Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo, Norge: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet 2011; *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*: Oslo:

Helsedirektoratet. 2010: *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet, Oslo

Helsedirektoratet (2009). *Jeg har en plan! IS-1672*. Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:3. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet. (1998-1999). *St.meld. nr. 21. Ansvar og mestring*. Oslo:

Helse Stavanger: Stavanger Universitetssykehus; *BrukerPlan – Statistikk 2015: Brukere med rus- og psykiske helseproblem i norske kommuner*.

Holck, G. (2004). *Kommunenes styring av komplekse oppgaver. Kommunal tverretattlig tjenesteyting overfor barn og unge med funksjonsnedsettelse* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.

Holum, Lene Chr. (2013). *Fra idè til virkelighet! Implementering og bruk av individuelle planer i psykisk helsevern – en kvalitativ studie*. Avhandling. Universitetet i Oslo.

Holligen, A 2008; *Brukererfaring med nettbasert individuell plan*: Høgskolen i Molde
Kvale, S og Brinkmann, S 2015; *Det kvalitative forskningsintervju*: Gyldendal Akademiske, 3. utgave.

(Holloway og Carson, 2001; Ziguras og Stuart, 2000 og Zwarenstein, Reevesm Straus, Pingfol og Goldman, 2009.

Kvale, S, og Brinkmann S (2015): *Det kvalitative forskningsintervju*: Gyldendal norsk forlag AS, 3. utgave, 2. opplag. 2015.

Karlsson, B og Borg, M (2013): Psykisk helsearbeid – Humane og sosiale perspektiver og praksiser: Gyldendal norsk forlag AS. 2013.

Kristensen, H. M. (2010). *Et problembarn fylder 10 år*. Videns Tema, 3

Lorem, G (2014): *Psykisk helse – forståelse, kommunikasjon og samspill*, Cappelen Damm Akademisk 1. utgave, 1. opplag, 2014.

Lorentsen, Ø., & Berge, A. R. (2006a). Individuell planer - Hva mener eierne?

Lorentsen, Ø., & Berge, A. R. (2006b). *Individuelle planer. Brukernes erfaringer og opplevelser*. (Rapport i samarbeid med Hørselshemmedes Landsforbund, Norges Blindforbund, Norsk Handikapforbund & Rehab-Nor). Tomter: Rehab-Nor.

Malterud, Kirsti 2013: *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, Universitetsforlaget, 3. utgave, 2. opplag.

Michaelsen, R., Vatne, S., & Hollingen, A. (2007). *Koordinatorrollen ved individuell plan i psykisk helsearbeid*. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning,

Munro, K., Ross, M. K., & Reid, M. (2006). User involvement in mental health: Time to face up to the challenges of meaningful involvement? *International Journal of Mental Health Promotion*, 8

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generation and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Robberstad, Helga (2002): *Kommunepsykiatri – pionerar, vekst og utvikling*: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, 2002.

Sosial- og helsedirektoratet. 2005: *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedepartementet. (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. (NOU 2004: 18). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Socialstyrelsen. (2005). *Individuell plan -LSS, Ett sätt för dig att påverka din situation*. (Informasjonsbrosjyre). Stockholm: Socialstyrelsen.

Storm M.(2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Gyldendal akademiske

Sverdrup, S. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: sammenstilling av resultater*

- fra fem prosjekter.* (Rapport 2007/2). Diakonhjemmets høgskole.
- Sverdrup, S., Myrvold, T. M., & Kristofersen, L. B. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter.* (NIBR-rapport 2007: 2). Oslo: NIBR.
- THAGAARD, (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Thommesen, H., Normann, T., & Sandvin, J. T. (2003). *Individuell Plan. Et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Tjora, A (2013): *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*: Gyldendal norsk forlag AS, 2. utgave, 2. opplag.
- Tosterud, A. (2007). *Teknologidrevet samhandling i offentlig sektor: en casestudie av et IKTverktøy for individuell plan* (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Thornquist, E. (2003): *Empirisme og positivisme, I: Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag.* Fagbokforlaget.
- Trefjord, S., & Hatling, T. (2004). *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH).* (Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003). Trondheim: SINTEF Helse.
- Sverdrup, Sissel, Myrvold, Trine M. og Kristofersen Lars B. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter.* Norsk institutt for by- og regionforskning, NIBR-rapport 2007:2
- Vatne, Solfrid, (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Vatne, Solfrid (2006). *Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi,* Gyldendal norsk forlag AS 2006, 1 utgave, 4. opplag 2012.
- WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. (First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986). Geneve: WHO
- Ørstavik, S. (2008). *Tid for endring i kunnskap, makt og kultur.* Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 2,



Anne-Grethe Talseth
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 30.11.2016

Vår ref: 50623 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

50623 Hvilken utfordringer erfarer psykisk helsearbeidere i kommunen ved bruk av individuell plan overfor psykisk syke brukere

Behandlingsansvarlig UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Anne-Grethe Talseth

Student Anne-Lise Pedersen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillere kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 13.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anne-Lise Pedersen alp9014@gmail.com

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Tema for prosjektet

Hei, mitt navn er Anne-Lise Pedersen og jeg studerer master i psykisk helse ved Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet. Jeg skriver for tiden på min masteroppgave som jeg skal levere i mai 2017. Jeg ønsker med dette å spørre deg om å delta i en forskningsstudie for å se på bruken av individuell plan innenfor psykisk helsefelt i kommunen. Hensikten med dette studiet er å få en forståelse av hvordan psykiske helsearbeidere erfarer bruken av individuell plan og eventuelt utfordringer de kan møte. Du er valgt ut til å delta i dette studiet fordi du har erfaring med bruk av individuell plan overfor psykisk syke brukere. Du har også jobbet mer enn 2 år og har erfaring fra din praksis.

Metode

Jeg ønsker å intervju deg, og under intervjuet vil jeg bruke båndopptaker. Hvert intervju tar ca. 1 time og vi kan bli enige om tidspunkt og sted. Alle opplysninger som du gir vil bli behandlet konfidensielt. Som forsker har jeg taushetsplikt og alt av datamateriale i masteroppgaven vil bli anonymisert og presentert generelt. Du vil bli gitt et fiktivt navn i oppgaven, og det er kun jeg som vil kjenne din virkelige identitet. Opplysningene som du gir vil sammen med relevant teori danne grunnlag for denne oppgaven.

Frivillighet og samtykke

Det er frivillig å være med i studiet og du kan når som helst trekke deg uten å måtte begrunne det nærmere. Deltakelse i prosjektet vil ikke ha konsekvenser for deg eller ditt arbeidsforhold. Jeg vil slette alt av informasjon og lydopptak ved prosjektslutt 11. juni 2017.

Med vennlig hilsen

Anne-Lise Pedersen

SAMTYKKEERKLÆRING FOR DELTAKELSE I MASTERGRADSPROSJEKT

Vedrørende studiet:

Hvilke erfaringer har psykisk helsearbeidere i kommunen med bruk av individuell plan.

Jeg har lest informasjonen og har forstått at deltakelse i dette forskningsprosjektet er frivillig. Jeg er informert om at jeg kan si nei til å delta, og at jeg når som helst før prosjektslutt kan velge å trekke meg fra undersøkelsen. Jeg mottar ingen økonomisk kompensasjon eller annen godtgjørelse for deltakelsen.

Alle personopplysninger vil bli behandlet i tråd med personopplysningsloven § 8.

Et informert samtykke innebærer at jeg:

- Vet hvordan opplysningene skal brukes og til hvilket formål
- Er kjent med at det ikke skal registreres flere opplysninger enn det som er nødvendig
- Er kjent med at alle opplysninger blir behandlet konfidensielt

Navn:..... Dato:.....

Hvilke utfordringer erfarer psykisk helsearbeidere i kommunen ved bruk av individuell plan overfor psykisk syke brukere?

Bruk av IP kom på dagsorden i 2001, blant annet for brukere innenfor psykisk helsevern. Det kan være ulik praksis innenfor ulike avdelinger i anvendelse og bruk av planen så det hadde vært spennende å høre om dine opplevelser og erfaringer med IP.

INTERVJUGUIDE

1. Kan du fortelle om en situasjon der du har igangsatt IP?
 - Hvem tok initiativ til utarbeidelse av IP
 - Hva var utfordrende?
 - Hvordan opplevde du det
 - Hva gjorde du med det

2. Hvordan mener du IP kan være med på å gi brukermedvirkning
 - Hvilke forventninger har du til brukers deltakelse i utarbeidelse av IP
 - Hvordan har du konkret utformet IP i samarbeid med bruker
 - Hvordan opplever du bruker er delaktig i utforming av sin egen plan
 - Har du erfaring med noe som er til hinder for brukermedvirkning
 - Anser du IP som et nyttig verktøy for brukere
 - Kunne noe vært gjort på en annen måte

3. Hvordan opplever du rutiner rundt arbeidet med IP
 - Overfor bruker
 - Er IP et integrert verktøy i den jobben du gjør – fokus fra ledelse/andre ansatte
 - Opplever du IP som et nyttig verktøy i forhold til samhandling med andre samarbeidsinstanser

- Opplever du at IP fungerer etter hensikten med plan
4. Har du fått opplæring i hvordan uforme en IP
- Av hvem har du fått opplæring
 - Hvis ikke – ønsker du opplæring og eventuelt hvordan ønsker du opplæringen skal bli gitt
 - Hvem lærer opp samarbeidspartnerne i planen
5. Avsluttende intervju spørsmål
- Nå har vi snakket en stund – er det noe annet du kommer på som du tenker er viktig i forbindelse med utarbeidelse av IP og brukermedvirkning.

Både IP og de internasjonale

ekvivalentene har som mål at tjenestene pasientene mottar skal fremstå som koordinert og helhetlige. En sammenlikning med Danmark og deres *Individuelle handleplaner* viser at de har lagt seg på en linje der det er behandlingsapparatets plan som brukes for å sikre et integrert behandlingsopplegg. Planen er først og fremst tenkt som et verktøy overfor brukere av sosialtjenesten som har institusjonsbehov. Det er uttrykt at man skal tilstrebe brukermedvirkning i alle ledd. Danmark, som på mange måter er sosialpsykiatriens vugge og der pasientrettighetene og brukermedvirkningen tradisjonelt sett har stått sterkere enn i Norge, legger seg altså på en linje der planen først og fremst er tjenesteytnerens plan og planverktøy. Det samme gjør Sverige. IP skiller seg i så måte noe fra de øvrige verktøyene eller arbeidsmodellene som brukes i våre naboland og i den vestlige verden. Det som derimot ikke skiller seg ut er utfordringer med bruk. Både i Danmark og Sverige viser tallene at deres individuelle planer ikke brukes i det omfang eller på den måten som intensjonen tilsier. Jeg kjenner ikke til tall som sier noe om omfanget internasjonalt, men jeg har observert at det er et gjennomgående tema at helhetlige og koordinerte tjenester er krevende å få til for pasienter med sammensatte behov. Dette fremkommer også i denne studien.

Ett tiltak her ville være å styrke koordinators posisjon. Koordinator bør være i nær kontakt med brukeren over tid, og ikke bare i et par-tre møter i løpet av året, slik enkelte er. Dernest bør en koordinator, innen visse rammer, ha et utvidet mandat til å fatte beslutninger om opprettelse av tiltak for å sikre at planer blir iverksatt. Hvor finner man så slike koordinatører? Noen har foreslått at koordinatorrollen profesjonaliseres med egen tilleggsutdanning og spesielle og utvidete mandater til å følge saker over tid. Spørsmålet er om det vil bidra til en bedre IP-prosess for brukeren, eller om koordinator fortsatt vil sitte maktesløs overfor de andre instansene som er involvert i saken, og som har sine gitte rammer? En slik løsning kan fort resultere i at de personene som får oppgaven ikke tilskrives den nødvendige faglige tyngde og innflytelse for at planer kan bli realisert. Mye synes å tilsi at fagpersoner som utpekes som koordinatører bør sitte i en posisjon som innebærer en viss makt og beslutningsmyndighet.

En vellykket implementering krever at hele organisasjonen er involvert. De ansatte, både ledere og øvrige ansatte, må se det nye verktøyet som både relevant og nyttig i sitt arbeid. Slik var det ikke i flere av sakene som ble fulgt i denne undersøkelsen. Det har ikke bare skortet på opplæring, men like mye på at fagfolkene har sett nytten av IP i egen arbeidssituasjon. Dette henger, ikke minst, sammen med utfordringene knyttet til koordinatorrollen, som omtalt ovenfor. Men det henger også sammen med at brukerne av IP er ulike

pasienter som ønsker hjelp og har ressurser til å ta den imot. Det å søke fleksible og egnede måter for å involvere alle typer pasienter i avgjørelser og behandling, vil være nødvendig i fremtidig planlegging av helsetjenestenes organisering. Tid, nærhet og kunnskap vil være nødvendige ingredienser i dette arbeidet. Innen psykisk helsevern kan det, sammenliknet med f.eks. somatikken, synes å være noen ekstra utfordringer når det gjelder bruk av IP. Grunnet lidelse og funksjonsnivå har ikke alle et realistisk bilde av gjennomførbarheten av egne mål og planer, noe som ofte handler om tidsperspektiv og rekkefølge på tiltak. Dette er en brukergruppe der det kreves tid, ekspertise og fleksibilitet for å gjøre bruk av IP på en hensiktsmessig måte.