



HiMoldeMaster

Studienavn: Mastergradstudium i helse og sosialfag

Kliniske hjelperealsjoner verfor sårbare grupper

Tittel: Brukererfaringer med nettbasert individuell plan

Forfatter(e): Anne Hollingen



Høgskolen i Molde

Studentoppgave til Mastergrad

Tittel på norsk: Brukererferinger med nettbasert individuell plan

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Anne Hollingen

Fagkode:

Studiepoeng:

Årstall: 2008

Veileder: Solfrid Vatne

Fullmakt til elektronisk publisering av masteroppgave

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven, det betyr blant annet en enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Jfr.Åndsverkl. §2).
Alle oppgaver som fyller kriteriene for registrering i BIBSYS Brage vil likevel bli registrert der, men gjort tilgjengelig elektronisk bare med forfatter(ne)s godkjenning.
Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt, vil ikke bli publisert elektronisk.

Jeg/vi gir herved HiM en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for publisering på internett:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?
(båndleggingsavtale må fylles ut)

ja nei

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?
(inneholder taushetsbelagt informasjon, Jfr. Offl. §5a/Fvl. §13)

ja nei

Dato: 19.09.2008

HØYSKOLEN I MOLDE

Våren 2008

**Mastergradsstudium i helse – og sosialfag
Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper**

**BRUKERERFARINGER MED
NETTBASERT INDIVIDUELL PLAN**

Mastergradsstudent: Anne Hollingen

Veileder: Solfrid Vatne

I. FORORD

Denne masteroppgaven er et resultat av motivering fra min arbeidsgiver til å ta denne utdanningen. Mastergradstudiet i helse – og sosialfag bygger på min videreutdanning som psykiatrisk sykepleier.

Arbeidet hadde ikke blitt til uten god hjelp fra en rekke personer. Først vil jeg takke hovedpersonene som er informantene. De har vært utrolig positive og imøtekommende, uten dem ville det ikke blitt noen undersøkelse.

Takk til Svanhild, min ”med student”, for mange gode samtaler og støtte. Takk også til Marie og Even som har lest igjennom oppgaven og kommet med gode råd.

En stor takke til min fantastiske, engasjerte, kunnskapsrike og tålmodige veileder, Solfrid Vatne.

Til slutt vil jeg takk min kjære ektemann som har holdt ut i denne perioden. Nå skal jeg rydde på skrivepulten min!

Molde april 2008
Anne Hollingen

II. SAMMENDRAG

I dette studiet vil jeg presentere hvilke erfaringer brukere har med nettbasert individuell plan. Individuell plan er en lovfestet ordning og har som hensikt at personer med langvarige og sammensatte behov for helsetjenester fra helse – og sosialsektoren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Arbeidet med individuelle planer har tradisjonelt foregått ved hjelp av forskjellige maler, enten på papir eller ved hjelp av tekstbehandlingsverktøy. I dette studiet brukte informantene og de øvrige deltagerne i planen et nettbasert planverktøy som heter SamPro (Sluttrapport, 2006). Verktøyet kan nås via internett, det betyr at alle kan samarbeide på tvers av fagsystem og forvaltningsnivå.

Utvalget i denne studien består av ti informanter som jobber med sin plan i SamPro. Jeg ønsker blant annet å se om det er forskjeller, da fem informanter ikke har pc og fem har sin egen pc. Hva har de opplevd som viktig og er det svakheter? Hvordan har de arbeidet i planene, har det skjedd noen form for myndiggjøring?

Funn i undersøkelsen er basert på kvalitative intervju og innsamling av kvantitative materiale, en dokumentanalyse i SamPro.

Hovedfunnene vil bli drøftet opp mot problemstillingen, tidligere forskning og aktuell teori. Brukermedvirkning og empowerment er ”nøkkelord” i studiet.

Studiet viste at det var god kunnskap om individuell plan hos informantene og at det var viktig og motiverende å ha egen pc. Det var store forskjeller hvordan den enkelte jobbet med planen sin. Spesielt to informanter utmerket seg og ble sin egen koordinator. De utviklet en annen måte å jobbe på en det som egentlig var tenkt, en form for selvterapi.

Avslutningsvis vil jeg komme med konkrete forslag og anbefalinger for videre arbeid med individuell plan både til brukere, hjelpere og sentrale myndigheter.

INNHOLDSFORTEGNELSE	1
I. FORORD	
II. SAMMENDRAG	
1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Problemstilling	5
1.2.1 Individuell plan	6
1.2.2 Koordinatorrollen	6
1.2.3 Nettbasert verktøy	6
1.2.4 Min rolle	7
2.0 TEORETISK FORANKRING	9
2.1 Tidligere forskning	9
2.2 Individuell plan og brukermedvirkning ligger i systemverden	11
2.3 Brukermedvirkning	13
2.4 Empowerment	15
2.4.1 Overføring av makt	17
2.5 Metodologiske betraktninger	18
2.5.1 Forskningsintervjuet	19
3.0 METODE OG DESIGN	20
3.1 Undersøkelsens design og gjennomføring	20
3.1.1 Utvalget	20
3.1.2 Intervjue som metode	21
3.1.3 Vurdering og gjennomføring av intervjuene	22
3.1.4 Dokumentanalyse som metode	24
3.2 Analyse av intervjudata	24

3.2.1	Transkripsjon	24
3.2.2	Analyseprosessen	25
3.3	Etiske og faglige vurderinger	26
3.3.1	Forespørsel og samtykke	26
3.3.2	Frivillighet	27
3.3.3	Taushetsplikt	27
4.0	PRESENTASJON AV FUNN	28
4.1	Alle informantene hadde god kunnskap om individuell plan	28
4.2	Informantene som ikke hadde egen pc	29
4.2.1	"Dårlig datautstyr og datakunnskap hos hjelperne	29
4.2.2	Behov for egen pc	30
4.2.3	Uklar koordinatorrolle	31
4.2.4	Manglende samarbeid og samhandling	32
4.2.5	Informantene ønsker mer opplæring	33
4.3	Informantene med egen pc	34
4.3.1	Motiverende med egen pc	34
4.3.2	Variierende datakunnskap	35
4.3.3	Innhold i planene	36
4.3.4	Bruk av meldingssystemet	37
4.3.5	Savnet støtte og hjelp	38
4.3.6	"Det skjedde noe"	40
4.3.7	Sin egen koordinator	42
4.3.8	Min plan	43
4.3.9	Oppsummering	44
5.0	DRØFTING	46
5.1	Ble planene basert på brukermedvirkning?	46
5.2	Utvikling av empowerment er basert på partnerskapsrollen	49
5.3	Individuell plan, en form for selvterapi?	53
5.4	Individuell plan - bør forankres på systemnivå og individnivå	55
6.0	KONKLUSJON	58

7.0 AVSLUTNING **60**

8.0 REFERANSELISTE **61**

TABELLISTE

Tabell 1: Oversikt over innholdet i plan til informanten uten egen pc

Tabell 2: Oversikt over innhold i plan til informantene med egen pc

VEDLEGG: 1. Intervjuguide

2. Brev / forespørsel

3. Samtykke

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har tidligere deltatt i et forskningsprosjekt som omhandlet individuell plan, kalt "Myndiggjørende rehabilitering" (Michaelsen, Vatne & Hollingen, 2006).

Hensikten med dette studiet var å utvikle rehabiliteringsprosesser gjennom individuell plan for brukere av det psykiske helsevern som har behov for sammensatte og langvarige tilbud. I etterkant av prosjektet ble det publisert en artikkel med fokus på brukermedvirkning og samarbeid. Dette studiet er en videreføring av dette prosjektet, basert på samme informantgruppe.

I prosjektet "Myndiggjørende rehabilitering" ble det kjøpt inn fem pc'er til fem brukere som var spesielt interessert i å jobbe med sin individuelle plan på nettet. Det ble gitt opplæring og støtte til i bruken av verktøyet til disse tjenestemottakere.

Et av funnene i prosjektet var at brukerne oppnådde høyere livskvalitet og mestring av eget liv når de hadde egen pc, fikk opplæring i individuell plan og støtte til å skrive planen, enn brukere som ikke fikk dette.

Jeg ble derfor nysgjerrig på hva brukere selv kan fortelle og beskrive i forhold til sine erfaringer med arbeidet med individuell plan, både de som fikk pc, fikk støtte og opplæring, og de som ikke fikk. Har prosjektet med individuell plan utgjort noen forskjell for brukere, og eventuelt hva består disse forskjellene i.

Brukerne ble også invitert på kurs på Høyskolen i regi av prosjektet "Myndiggjørende rehabilitering", og pårørende til felles undervisning og opplæring om individuell plan. Kursene kalte vi "dialogkonferanser", der fokus var på dialog og gruppearbeid mellom deltagerne. Dialogkonferansene var i utgangspunktet beregnet til hjelpere, men etter hvert utvidet til å omfatte også brukere. Alle informantene var invitert på disse kursene, der sju deltok. Kursene på Høyskolen opplevdes veldig positivt for informantene. De brukte ord som viktig, interessant, spennende å delta på noe, og lære mer.

1.2 Problemstilling

Det ble skrevet en kontrakt med den enkelte som fikk pc. Flere opplevde gjennom dette at livskvaliteten og opplevelse av mestring økte. Men vi vet ikke på hvilken måte dette gjorde en forskjell. Det vil derfor være interessant å få brukerens egne beskrivelser av arbeidet med individuell plan, så fra bruker uten pc.

På bakgrunn av dette reiser jeg følgende problemstilling.

Hvilke erfaringer har brukere med individuell plan?

For å få svar på problemstillingen ønsker jeg å finne svar på følgende spørsmål:

- På hvilke måter har informantene arbeidet med egen plan, og hvordan har samhandlingen vært med hjelperne?
- Hva har de opplevd som viktig og hva har de opplevd som svakheter?
- Har det skjedd en myndiggjørende prosess; økt kontroll, medbestemmelse, ansvar og økt aktivitet i eget liv. Hva har eventuelt forårsaket dette?
- Er det forskjeller hos informantene med egen pc, som har fått opplæring og støtte, og eventuelt hvilke, sett i forhold til informantene som ikke har fått denne tjenesten?

1.2.1 Individuell plan

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen som trådte i kraft i 2001, ga brukere med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester rett til å få utarbeidet individuell plan. Denne retten er også hjemlet i Pasientrettighetsloven (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Planen skal være overordnet, og den skal sikre at den enkelte bruker som har behov for sammensatte og koordinerte tjenester, skal oppleve større helhet og kontinuitet i tjenesten. Retten innebærer at brukere skal styre utformingen og iverksettingen sammen med koordinator. Koordinator skal foreta nødvendig kartlegging og etablere et samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivåer.

Siden januar 2004 er retten til individuelle plan også hjemlet i Sosialhelsetjenesteloven. Ny forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven trådte i kraft januar 2005 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Vi vet at arbeidet med å lage gode individuell planer går seint og oppleves vanskelig. I litteraturen forklares dette med at en fortsatt er i startfasen (Træfjord & Hatling, 2004; Myrvold & Helgesen, 2005; Fredrikson, 2006; Michaelsen m. fl., 2007; Vold Hansen, 2007).

1.2.2 Koordinatorrollen

Brukere har rett til å få tildelt en person som har hovedansvaret for individuell plan. Denne personen betegnes som koordinator, og leder utarbeidelsen av planarbeidet.

Rollen som koordinator er profesjonsnøytral. Det vil si at alle, uavhengig av bakgrunn, kan være koordinator. Det forutsettes imidlertid at koordinator har god oversikt over tjenesteapparatet og brukers rettigheter. Per i dag viser det seg at disse oftest er ansatte i helse - og sosialsektoren. I følge Thommesen m. fl. er *”det at tjenestemottaker eller familien får en bestemt person innen tjenesteapparatet å forholde seg til, ble av mange sett på som det viktigste med ordningen”* (Thommesen, Nordmann & Sandvin, 2003).

1.2.3 Nettbasert hjelpemiddel for individuell plan – SamPro

Verktøyet SamPro er utviklet ut fra et behov for et nettbasert verktøy for å arbeide med individuelle planer. Det er utviklet i samarbeid mellom Helse Midt - Norge og Visma Unique AS. Prosjektet *”Myndiggjørende rehabilitering”* ble invitert til å være et pilotprosjekt og prøve ut verktøyet, og det ble gjort tilgjengelig for brukere og hjelpere i prosjektet.

Egenskaper ved verktøyet er at deltageren vil ha tilgang til planen til enhver tid via internett, ved at de logger seg på gjennom personlige passord. Det vil si at brukere og hjelpere kan samhandle og samarbeide på tvers av første og andrelinjetjeneste, uansett hvor en befinner seg. Bruker kan derfor sitte hjemme og samhandle med sine hjelpere om sin plan.

SamPro er *”bærer”* av den individuelle planen, men inneholder også ulike samhandlingsverktøy for lettere å kunne samhandle. Planen starter opp med en startside, her får en informasjon om:

Meg selv: Her kan bruker (planeier) kort presentere seg for deltagerne i planen.

Meldinger: Meldingssystemet er beregnet for informasjonsutveksling mellom de som deltar i planarbeidet. Dette er et internt beskjedsystem som ikke må forveksles med elektronisk post (E-post), ettersom en må logge seg inn i SamPro for å lese sendte meldinger.

Kalender: Er ment som hjelp til planeier til å få koordinert aktiviteten rundt planarbeidet, den kan brukes som en samarbeidskalender.

Notat: Her kan en skrive referat og agenda direkte inn for eksempel for ansvarsgruppemøter.

Logg: Ulike hendelser blir fortløpende loggført.

Neste menyvalg er mål og tiltak, som handler om individuell plan: Her beskrives planeiers situasjon innenfor ulike livsområder som kan dreie seg om jobb, utdanning, helse relaterte spørsmål og sosialt nettverk. På hvert område formuleres det mål, forankret til hovedmål, samt tiltak, evaluering og oppgaver som skal bidra til planeiers egen prosess. En får oversikt over aktivitetene som er plassert i en tidslinje, og oversikt over andre fagspesifikke planer som det er viktig å vite om. Fagplanene ligger ikke i SamPro, men en får kjennskap til at planene finnes, når de ble etablert og hvem som er kontaktpersoner. Med samtykke fra planeier kan fagpersonen kontakte den ansvarlige for de ulike fagplanene om ytterligere informasjon. Er det ønskelig med utskrift kan deler eller hele planen skrives ut.

Før en går i gang med å lage en individuell plan skal det foreligge et skriftlig informert samtykke fra planeier. SamPro eies av planeier og dette gjenspeiler seg ved at det er planeier som bestemmer tilgang og rettigheter til tjenesteytere i planen. Det vil si at planeier bestemmer hvem som skal ha innsyn når det gjelder innhold i planen og hvem som kan gå inn i planen. Dette kan gi planeier en god kontroll over egen situasjon.

Denne formen for kommunikasjon om individuell plan setter brukere i førersetet, dette er noe som ikke har vært gjort tidligere.

Mange av brukere med psykisk lidelse har ikke egen pc. Derfor har de jobbet med sin individuelle plan på koordinatorens kontor, med koordinators pc, eller at koordinator har tatt utskrift av planen for brukeren.

Utviklingen av individuell plan som verktøy vil ha stor betydning for videre arbeid. Det er interessant å utforske hvordan brukere opplever opplæring og tilgjengelighet gjennom egen pc i arbeidet med egen plan.

1.2.4 Min rolle

Min rolle var å være prosjektmedarbeider i ”Myndiggjørende rehabilitering” hvor jeg jobbet som ”støttespiller” med informantene. Jeg hadde innsyn i alle planene til informantene, og logget meg ofte inn i deres planer for å se hvordan de arbeidet. Via meldingssystemet ga jeg

dem tilbakemeldinger på det de jobbet med i form av ros og støtte. Det kunne for eksempel være et tiltak som var igangsatt, noe de hadde mestret eller at ting hadde stoppet opp slik at de trengte et ”puff”. En kan tenke seg at tilbakemelding i form av rosende ord gav dem en god følelse som selvfølgelig ikke er annerledes enn det er for oss alle. I tilfeller hvor informanten ikke viste aktivitet etterspurte jeg aktivitet ved at jeg ønsket tilbakemelding. Meldingene var konkrete ved at jeg ba om tilbakemelding fra informantene, for eksempel til en spesiell dag. Uteble tilbakemeldingen, ble den etterspurt, og oftest fikk jeg svar. Parallelt med støtten til utarbeidelse av planen, ble det også gitt opplæring i individuell plan. Det ble fokusert på at det var brukerens plan. Brukers behov, ønsker og mål skulle komme tydelig fram i planen, og ikke minst at det var ønskelig at de medvirket i planprosessen.

2.0 TEORETISK FORANKRING

Her vil jeg presenter tidligere forskning på individuell plan, som jeg senere vil bruke som bakgrunn for å for å diskutere mine funn.

Videre vil jeg beskrive og drøfte sentrale teoretiske begrep fra forskjellige kilder. Begrepene er relatert til kliniske hjelperelasjoner i problemstillingen og temaet i oppgaven.

Begrepene er avgrenset til ”nøkkelordene” empowerment og brukermedvirkning.

Individuell plan og SamPro er også aktuelle nøkkelbegrep i denne sammenhengen.

På grunn av avgrensning av oppgaven blir andre viktige begrep nevnt men ikke utdypet.

2.1 Tidligere forskning

Statens kunnskaps - og Utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) har hatt et sentralt ansvar for å sørge for at individuelle planer blir tatt i bruk. Det betyr at dette senteret har utarbeidet en veileder (Sosial og helsedirektoratet 2001) for hvordan arbeidet med slike planer skal foregå og hvordan de skal utformes. SKUR har i denne sammenhengen lagt stor vekt på å beskrive prinsippene for slik planlegging og har derfor ikke laget en spesiell mal for hvordan slike planer skal se ut.

Individuell plan ble vedtatt tatt i bruk i 2001. Det har vært forholdsvis lite forskning på fenomenet, men i løpet av de siste to tre årene har det vært en økende interesse.

Jeg vil hovedsaklig begrense litteratur søk til Bibsys og Nordart, som er norsk og nordisk på søke ord som individuell plan.

Ved litteratur søk på ”individuell plan” i Bibsys fant jeg 57 treff, og 5 treff i Nordart. Sju år etter at loven ble innført viser det fortsatt at arbeidet med individuell planer er i ”startgropa”. Det som går igjen i litteraturen er at ” de får det ikke til”(Fredriksson, 2006; Michelsen m.fl., 2007; Vold Hanse, 2007).

Opplæring og kompetanseutvikling for å utvikle felles tenkning i forbindelse med individuell plan er fortsatt et viktig tiltak, samt behov for ansvarliggjøring av ansatte for å være igangsettere. Individuell plan er et lederansvar. Undersøkelser viser at betydningen av arbeidet med individuelle planer forankres både på systemnivå og individnivå.

Søkerfunn understreker betydningen av å utvikle rutiner som ivaretar prosessene for et individuelt planarbeid. Dette innebærer samtidig et fokus på intern arbeidsorganisering, for eksempel tilrettelegging slik at en ansatt kan ta på seg rollen som koordinator og samtidig få satt av tilstrekkelig tid til denne oppgaven. Erfaringene fra henvisningene under, viser også at individuelle planer ofte blir for omstendelige og ikke fungerte som et godt samarbeidsverktøy. En ser også en sammenblanding av fagplaner og individuell plan (NOU, 2005:3; Thommesen, Nordmann & Sandvin, 2003; Træfjord & Hatling, 2004; Myrvold & Helgesen, 2005; Fredriksson, 2006; Vold Hansen, 2007).

En individuell plan skal være brukerens plan. Det betyr at målene som settes opp skal reflektere brukerens ønsker og behov. Planen skal styrke deres posisjon som part i planen. Utgangspunktet er den enkeltes ressurser og mestring i hverdagen. For hjelpere ligger utfordringen i å ta brukere på alvor, respektere hans eller hennes beskrivelse av virkeligheten og legge brukerens ønsker og mål til grunn for bistanden som ytes. (Sosial – og helsedirektoratet, 2005; Fredriksson, 2006). Koordinatorrollen blir beskrevet som en ”krumtapp” i planarbeidet. Det kreves at koordinator har kunnskap om individuell plan. Ferdigheter som pedagogiske, administrative, mellommenneskelige, kjennskap til ulike tjenesteinstanser og ferdigheter som personelledelse (Thommasen, Nordmann & Sandvin, 2003; Træfjord & Hatling, 2004; Michaelsen, Vatne & Hollingen, 2007).

Når det gjelder SamPro har fire studenter på Norges tekniske -naturvitenskaplige universitet (NTNU) skrevet masteroppgave i forhold til kommunikasjons- teknologien (IKT), og en doktoravhandling er underveis (Richter, 2006; Tosterud, 2007; Bjerkan, 2008). Funnt fra disse studiene viser at dataverktøy som er tilgjengelig over internett, er en stor fordel når fagfolk jobber til ulike tider og steder. De anbefaler videre forskning på teknologisk utvikling av verktøyet, og brukererfaringer.

For å finne forskning knytte til empowerment i psykisk helsevern søkte jeg på databasene i OVID for å favne internasjonal litteratur.

Jeg har brukt søkerord som empowerment, partnership, og community mental health. I søket har jeg sammenkoblet ord som empowerment og community mental health (59 treff), empowerment og partenership (5 treff), og empowerment og community mental health (102 treff).

Forskning viser at empowerment har blitt et stort ”motebegrep” i dagens omsorgspolitik.

Litteraturen beskriver empowermentbegrepet som noe som har med overføring av makt å gjøre. Makten må gis eller tas tilbake til de som i dag er tjenestemottakere av omsorgstiltak slik at de kan få mulighet til å styre eget liv. Det påpekes at empowerment også er en prosess over tid der det utvikles ulike deltagende ferdigheter (Askheim, 1998; Vatne, 1998; Eikeland & Heggen, 2007). Maktfordeling og myndiggjøring er begreper som blir brukt for å vektlegge behovet for mer makt og innflytelse til undertrykte grupper. Historier viser at mennesker med psykiske lidelser har vært undertrykte grupper både i samfunnet og i det psykiske helsevernet.

Tidlig har forhold mellom helsearbeidere vært preget av paternalisme, ulik status, stigmatisering, ikke partnerskap (Rolvsjord, 2004). Partnerskapsbegrepet er lite beskrevet i litteraturen. MacGillivray & Nelson (1998) definerer begrepet som å bygg på verdier som støttende relasjonelle forhold mellom hjelpere og brukere. Dette samsvarer med ideologiske føringer i kommunepsykiatrien som vektlegger betydningen av sosiale integreringer bygget på informativ støtte, selvhjelpsgrupper, og samfunnsdeltagelse. Fokus skal være på støtte basert på verdier som fremmer borgerskapet, ikke profesjonsbetinget støtte som tradisjonelt har fremtvunget en klienttilværelse.

Felles for flere artikler er at de sier at empowerment er en utfordring (Genevieve, 1992; Corrigan, 2002; Anderson & Funell, 2005).

Helsetjenesten er basert på egne systemer. Vider tar jeg utgangspunkt i filosofen (Habermas, 1920 – 2005) og hans teori om livsverden og systemverden.

2.2 Individuell plan og brukervedvirkning ligger i systemverden

Ordningen med individuell plan er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og /eller sosialtjenester. Retten til å få utarbeidet en plan og plikten til å utarbeide en plan er hjemlet i flere lover (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Systemverden er den verden som styres av økonomiske og byråkratiske regler, av språkløse styringsmidler som penger og makt. Menneskelig handling blir i denne sammenheng formell og fremmedgjort, og forholdet mellom mennesker er upersonlig og foregår ovenifra gjennom makt og regler. Fornuftens som rå i systemverden er ifølge Habermas den kognitiv-

instrumentelle, og tilsvarende kaller han handlingene her for instrumentelle. Den instrumentelle handlingen er forståelsesorientert med hensyn til å handle etter tekniske regler. I motsetning til systemverden står livsverden, den verden som mennesket alltid befinner seg i, der mennesket lever og får sin grunnleggende forståelse gjennom språk og kultur. Livsverden er menneskets nødvendige grunnlag for å kunne orientere seg i tilværelsen og ha mulighet til forståelse, og menneskelig handling foregår i gjensidig forståelse med forskjellige samtalepartnere. Her utvides og utvikles forståelsen gjennom kommunikasjon, og viten tilegnes gjennom læringsprosesser og interaksjon med andre (Aase, 1999).

En kan tenke seg at systemverdenens idealer kan da ta over og invadere de mest sentrale verdiene som livsverdenen representerer. I en behandlingsprosess kan dette påvirke forholdet mellom brukere og hjelpere når oppfatninger og verdier blir styrende ved at det er hjelpere som har makten.

Habermas (1989) hevder at livsverden i den vestlige kultur er oppsplittet i ulike undersystemer, der "systemverden", inkludert systemet av økonomiske og regler, representerer en egen atskilt kategori. Når systemverden med sine krav til effektivitet og kontroll griper inn i livsverden hevder Habermas at det skjer en kolonisering. Med det mener han at systemverdenens verdier tar herredømme over livsverdens verdier. Dette skjer ved at systemverdenens idealer blir selvregulerende. Han hevder videre at i den vestlige verden, eller det han kaller modernitetens samfunn, har det skjedd en oppsplitting av livsverden i ulike undersystem. Habermas forstår oppsplittingen som et resultat av det kapitalistiske samfunn og økonomien. Han hevder at systemverden "har en iboende tendens til å selvstendigjøre seg og bli et selvregulerende system" (Jensen, 1990). Dette medfører en splittelse mellom økonomi og regler (systemverden) og de sosiokulturelle livsområder eller samlivsområder (livsverdenen). Systemverdens idealer kan da ta over og invadere de mest sentrale verdiene som livsverdenen representerer, som for eksempel livskvalitet, omsorg og samlivsrelasjoner.

En kan tenke seg at brukere og hjelpere representerer forskjellige livsverdner.

Relasjonen mellom brukere og hjelpere forutsetter en dialog hvor man deler opplevelser og oppfatninger. Ulike oppfatninger kan imidlertid forårsake konflikter, og det kan være lett for hjelpere å overta styringen. Habermas legger sterk vekt på dialogens muligheter. Dialog forutsetter utveksling av synspunkter mellom to eller flere parter, fra to eller flere synsvinkler, der hver part får beholde sin selvstendighet (Brandstad, 2003:162-74).

I en behandlingsprosess kan dette påvirke forholdet mellom brukere og den profesjonelle når den profesjonelles oppfatninger og verdier er styrende. Dette vil hindre myndiggjøring. I motsatt fall kan brukere myndiggjøres i sin livsverden til å ta styring over eget liv og da vil dette hindre kolonisering (Vatne, 1998).

Pasientrettighetsloven slår fast at det skal være et samspill mellom brukere og hjelpere i behandlingen, nemlig brukermedvirkning. Innføringen av denne loven kan være et skritt i riktig retning når det gjelder endring av den tradisjonelle maktbalansen.

2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har som mål at pasientene skal være deltager i egen behandling. Dette skjer ved at hjelpen rettes mot det som er pasientens interesser og grunnleggende behov. Tiltakene som hjelperne utvikler sammen med pasienten, blir derfor annerledes enn om pasienten ikke medvirker. Tiltakene har bakgrunn i det pasienten bryr seg om, og ikke det hjelperne mener er riktig (Vatne, 1998).

Brukermedvirkning, brukerinnflytelse og brukerstyring er ord som blir benyttet i både privat og offentlig virksomhet. De springer ut fra en erkjennelse om at dersom man skal finne fram til gode løsninger, må brukeren delta sammen med ”ekspertene”. Det har sammenheng med den grunnleggende demokratiske retten til medbestemmelse som samfunnet vårt bygger på, og at brukerne er ekspert på seg selv (Bredland, Linge, & Vik, 2002).

FN's Menneskerettighetserklæring av 1948 bygger på et menneskesyn der rettighetene skal fungere som et rettsvern for svake grupper i samfunnet. Sentralt i menneskerettighetene står retten til å leve et verdig liv uansett samfunn, tilstand og situasjon. Rettighetene er grunnlaget i at mennesket har en iboende egenverdi, det vil si fellesmenneskelige kvaliteter, som nødvendigvis ikke er de samme kvalitetene. Menneskeverdet kan derfor ikke være knyttet til spesielle egenskaper, ressurser eller kompetanse hos enkeltmennesket. Retten skal sikre enkeltmennesket mulighet til å ta reelle valg på et fritt og uavhengig grunnlag. Noe av det viktigste ved det å være menneske, er muligheten til å velge noe annet enn det andre velger, også muligheten til å velge feil hevder Vatne.

Det handler om å få kontroll og styring over egen livssituasjon og bli likestilt med andre samfunnsborgere og ha samme rettigheter som dem (Vatne, 1998).

Tradisjonelt har vi som hjelpere visst best og gjort det meste i beste mening for bruker. NOU skriver om at den nye pasientrollen i vestlig medisin har utviklet seg fra å være passiv og autoritetstro til å bli langt mer aktiv og bevisst (NOU. Fra stykkevis og delt, 2005), altså mot en myndiggjøring av bruker.

Brukermedvirkning på systemnivå er et viktig virkemiddel for å oppnå god kvalitet i etatens oppgaveløsning. Med brukermedvirkning på systemnivå menes samhandling mellom etater og organisasjoner som representerer brukere i etaten i arbeidet med planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. På systemnivå omfatter etatens brukere og trygde- og arbeidssøkere. Brukermedvirkning på systemnivå er avhengig av en administrativ endring av de organisasjonene det gjelder, slik at det kan legges et grunnlag for at tjenestemottakere kan delta aktivt (Hauge & Mittelmark, 2003).

Faglig veiledning og kompetanseutvikling kan være relevante tiltak for å fremme kritisk refleksjon hos de profesjonelle (Vatne, 1998). Veiledningen kan rette seg mot fagpersonenes holdninger, deres teori- og erfaringsbaserte begrunnelser for handlingsvalg samt de faktiske valg de gjør i praksis.

Selv om rettigheter knyttet til brukermedvirkning i helsetjenesten er nedfelt i lovs form, vil det være hjelperne som vurderer når og på hvilke områder brukermedvirkning skal skje (Rundskriv-2004). Dette handler om at premissene for samhandling blir kontrollert av den ene part, i dette tilfelle det profesjonelle hjelpeapparatet som også ligger i systemverden.

Brukernes mulighet til å påvirke ligger derfor hos hjelper og i de praksisformer som er utviklet i behandlingssystemet. Det vil si at systemverden tar herredømme over livsverdens verdier. For å få en reell brukermedvirkning forutsetter det at det skjer endringer på system- og individnivå parallelt. Et systemnivå inkluderer her organisasjoner og nærmiljø, der fagutøverne og brukerrepresentantene blir sett på som en del av systemet. Et individnivå omfatter de aktørene som deltar i en slik samhandling; brukerne og de profesjonelle. Innenfor et systemnivå vil det være organisasjonens ansvar å implementere brukermedvirkning som ny arbeidsform. På et individnivå vil imidlertid et slikt ansvar rettes mot de partene dette gjelder, her med hovedvekt på fagpersonens relasjon med bruker.

Forskning viser at brukere ikke opplever brukermedvirkning. Nye utfordrende roller både for hjelpere og brukere må utvikles (Micahelsen, m.fl., 2007).

Brukermedvirkning kan medføre til myndiggjøring av bruker. Vi kan ikke myndiggjøre så lenge vi ikke har brukermedvirkning i fokus.

2.4 Empowerment

Empowerment er basert på en prosess over tid der brukere selv opplever mestring.

Siden empowerment er med i underproblemstillingen vil jeg utdype hva som ligger i begrepet, med bakgrunn i forskjellige kilder.

Empowerment – begrepet framstår som mangetydig. I følge Askheim (2005) er empowerment begrepet i for liten grad blitt operasjonalisert innenfor kontekstene der det har blitt anvendt.

Myndiggjøring er den norske oversettelsen av begrepet. Det har vært vanskelig å finne et godt norsk ord, men i de fleste sammenhenger anvendes det engelske begrepet. Bakgrunnen for empowerment - tenkningens framvekst er at tjenesteapparatet ikke fungerer særlig brukervennlig. Begrunnelsen for empowerment kan knyttes til kritikken av den paternalistiske velferdstaten og velferdstatens standardiseringstendenser, byråkratisering og vansker med å utvikle tilbud som er tilpasset det enkelte individets behov. Slik sett ligger derfor demokratiseringsbegrunnelser til grunn for vektleggingen av empowerment, den enkelte får større handlingsrom.

Askheim hevder at empowerment handler om synet på mennesket. Mennesket har evner til å delta i beslutninger og handlinger som gjelder eget liv, de vet hva som er bra og nyttig for dem, dermed kan det enkelte menneske være ekspert på sitt eget liv.

Begrepet rommer så vel en individuell som en strukturell dimensjon. Den individuelle dimensjonen er rettet mot prosesser og aktiviteter som har til hensikt å øke individets kontroll over eget liv og utstyre individet med større selvtilitt, bedre selvbildet og øke kunnskaper og ferdigheter slik at det kan identifisere barrierer mot selvrealisering som begrenser mulighetene til egenkontroll. Den individuelle dimensjonen utstyret individet med personlige ressurser. Den strukturelle dimensjonen omfatter barrierer, maktforhold og samfunnsstrukturer som opprettholder ulikheter, urettferdighet og manglende mulighet til å ha kontroll over eget liv. (Askheim, 2005; Ekeland & Heggen, 2007).

Gibson (1991) har foreslått to definisjoner av begrepet empowerment:

- * en sosial prosess som omfatter oppdagelse, stimulering og forbedring av menneskers evner til å ivareta sine egne behov, løse sine egne problemer og mobilisere de nødvendige ressurser for å få opplevelsen av å ha kontroll over sine egne liv
- * en prosess hvor en hjelper mennesker til å oppnå kontroll over faktorer som påvirker deres helse.

I begge disse definisjonene av empowerment er betydningen av "de andre" tonet ned. De representerer en bevegelse fra en styrking av lokalsamfunnet, eller av marginaliserte grupper til en styrking av enkeltmennesket, det en kaller "psykologisk empowerment".

Det handler det om å gi andre en følelse av "makt over seg selv" - og dermed handledyktighet, på egne premisser. På et vis er det det samme som i god barneoppdragelse: klare å la være å "hjelp" ustanselig- gi barnet tid og oppmuntring til å mestre noe selv, ikke presentere ferdigløsninger (Tveit, 2006).

Ifølge Gibson (1991) er empowerment et dynamisk og dialektisk begrep som involverer endring av samhandlingspartnere og omgivelser. I behandlingssammenheng forårsaker empowerment ikke bare at bruker tar kontroll i eget liv, men også at hjelpere tar styring over omgivelsene, og endrer det de opplever som et undertrykkende behandlingssystem. *En dynamisk involvering medfører riktignok at makt tas og gis til bruker som tidligere har vært maktesløs.* I en samarbeidende relasjon dreier det seg imidlertid om å dele makt.

Empowerment er derfor som brukermedvirkning et demokratisk fenomen som forutsetter omfordeling av makt og utvikling av sosial rettferdighet (Vatne, 1998).

Vatne hevder også at da er fokuset mer rettet mot å finne løsninger enn å vektlegge problemer. Oppmerksomheten i hjelperelasjonen flyttes fra å jobbe med svikt til å fokusere på brukerens styrke, evne og rettigheter (Vatne, 1998).

Bakgrunn for dette studiet var å undersøke om prosessen og aktiviteten i arbeidet med individuell plan kan gi kunnskap om meningen i livet hvis de opplever kontroll og mestring. Tilnærming krever en bevisst holdning både til egen profesjonsrolle og til hvordan man forholder seg til de brukerne man skal hjelpe. Fokus på brukermedvirkning forutsetter dessuten en analytisk evne hos de profesjonelle, slik at de vet hvilke interesser som ligger bak bruken av de ulike begrepene, og at de er i stand til å se hvilke konsekvenser disse tolkingene innebærer i form av handlingsvalg. En kan tenke seg at den profesjonelle må endre rollen sin fra å være ekspert til å bli en person som arbeider sammen med pasienten, noe som er en forutsetning for at pasienten selv kan skaffe seg nødvendig innsikt, kunnskaper og ferdigheter nemlig til et partnerskap

Empowerment bygger på en tenkning der holdningen er at alle mennesker har ressurser og muligheter til å finne egne handlingsstrategier, ha innflytelse, medbestemmelse og opplevd autonomi. Selv om målet er å greie seg selv, menes det ikke at den enkelte skal overlates til

seg selv, og at den profesjonelle kan legge fra seg et medansvar. Ved at det enkelte menneske får økt selvtilitt gjennom å bestemme over seg selv, og mestre tilværelsen, vil dette kunne medføre og mer deltagelse på gruppe- og samfunnsnivå. Dette vil gi større grad av helse, noe som er sterkt fremhevet i den helsefremmende dimensjonen av folkehelsearbeidet (Almvik & Borge, 2000).

Vold Hansen (2007) velger å oppfatte empowerment som at den enkelte bruker skal bygge opp kompetanse til å forstå kvalifiserte valg. Det betyr at noen må bidra til å gi bruker nok innsikt i sin egen situasjon til at vedkommende har grunnlag for å foreta valg mellom ulike alternativer. Reglene om informasjon i pasientrettighetsloven, legger etter hans mening opp til at hjelper langt på vei skal ha en slik rolle. Det innebærer i praksis at hjelper må legge til rette for at bruker får informasjon om ulike alternativer og konsekvenser av de ulike alternativene.

En annen måte kan være at empowerment er en prosess som fører til at individet finner egne problem, og blir i stand til å realisere egne løsninger.

Dersom hjelpere tar idealene om en myndiggjørende praksis i bruk, vil det innebære at både hjelper og bruker innser at de har noe å lære av hverandre. Hjelpere har sin faglige kompetanse og formidler dette til brukerne, men er eksperter verken på deres liv eller på opplevelse av sykdomstilstanden. Det påpekes at det er viktig at disse to verdenene møtes for at det skal bli god behandling. For at dette skal skje må det forekomme kommunikasjon mellom hjelpere og brukere (Eikeland & Heggen, 2007. s.93).

2.4.1 Overføring av makt

Maktaspektet i empowermenttenkningen må forstås som et fenomen som skal utvikles i seg selv, og ikke som makt over andre. For hjelperen innebærer dette å gi fra seg ansvar. Virkemidlene for å nå målet med empowerment kan beskrives som bevisstgjøring og partnerskap. Bevisstgjøring bør skje ved at en hjelper vedkommende til å se sammenhengene mellom egen situasjon og ulike uheldige strukturer i samfunnet som virker inn på ens situasjon. Partnerskap handler om at den profesjonelle bør stimulere tjenestemottaker til forståelse gjennom dialog, samvær og gjensidig påvirkning. Tenkningen er knyttet til pedagogen Paulo Freires dialogundervisning hvor læreren er definert som medvandrer. Disse aspektene kan hjelpe oss til å forstå forholdet mellom bruker og hjelper, og samtidig minne

oss på at læring og endring først og fremst skjer hos tjenestemottaker selv (Almvik & Borge, 2000).

MacGillivray & Nelson (2006) beskriver partnerskapsrollen som en tydelig rollefordeling mellom bruker og hjelper og setter fokus på brukeren som likeverdig person. Dette utelater imidlertid ikke at profesjonelle på bakgrunn av sin fagbakgrunn er støtteperson for brukeren og iverksetter tiltak ut fra behov. Partnerskapsrollen synes altså å forutsette utvikling av kyndighet i det området en skal samarbeide om, som for eksempel individuell plan. (Michaelsen, m.fl., 2007).

Forskrift om individuell plan utfordrer hjelperne til å legge til rette for at brukere skal være aktive i sin egen plan, og dermed har større muligheter for å oppleve en deling av maktforholdet. Træfjord og Hatling (2004) påpeker at en også må stille krav til brukeren om deltagelse i prosessen rundt individuell plan.

2.5 Metodologiske betraktninger

En metode er et hjelpemiddel til å gi beskrivelse av den såkalte virkeligheten som studeres. Valg av forskningsmetode påvirker måten en samler data på, mens design sier noe om hvordan forskningsarbeidet generelt er strukturert og konstruert (Jacobsen, 2003).

Problemstillingen i denne oppgaven er avgjørende for hvilke metode en velger.

Valg av forskningsverktøy må stemme overens med problemområdet og de betingelser forskeren jobber under. Valg av undersøkelsesopplegg vil ha store konsekvenser også for undersøkelsens gyldighet (Hellevik, 1977).

Kvalitativ metode egner seg for å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper og kvaliteter ved de fenomener som skal studeres og ikke mengden. Det betyr ikke at kvalitativ forskning er mindre presis enn kvantitativ, den har bare et annet fokus. Ved kvalitativ forskning vil en for det første forsøke å beskrive eller avdekke kvaliteter ved det en undersøker, og for det andre, kanskje det viktigste, at det er fokusert på betydning heller enn atferd. Det er sjelden at variabler har noen plass i kvalitativt arbeid. Dette fordi fokuset er rettet mot opplevelsene til informantene. For det tredje forkaster en det naturvitenskaplige paradigmet. En søker å avdekke prosesser heller enn å forutsi hendelser. Kvalitativt arbeid er nesten alltid naturalistisk. Det vil si at kvalitative forskere studerer mennesker i deres

naturlige omgivelser, og søker å fange kompleksiteten i situasjonene en undersøker (Langdridge, 2004).

Et viktig mål med kvalitativ forskning er å øke forståelsen av den komplekse verden vi som mennesker lever i med utgangspunkt i virkeligheten slik den fremstår for den enkelte. Via kvalitativ forskning kan en for eksempel å forstå hvorfor mennesker gjør slik de gjør og hva individet erfarer (Jacobsen, 2003).

Kvantitative metoder egner seg å få undersøke og beskrive hyppigheten eller omfanget av det fenomen en er interessert i, altså hvor ofte et fenomen forekommer i individuelle planer.

Denne kombinasjonen med bruk av kvalitativ og kvantitativ metode kalles et trianguleringsdesign. Hensikten med å bruke kvalitativ og kvantitativ metode er å oppnå et mer helhetlig, nyansert bilde av det fenomen som undersøkes (Hellevik, 1977) og en dypere forståelse av problemet.

2.5.1 Forskningsintervjuet

Under et forskningsintervju er det vanlig å bruke båndopptaker slik at en i større grad kan konsentrere seg om det som skjer i intervjusituasjonen. En vil for eksempel få bedre anledning til å være oppmerksom på informantens, stemmebruk, kroppsspråk, stille og følge opp spørsmål. I følge Nerven (1974) er det viktig å holde intervjuene der informanten ønsker det.

Tidligere forskning har vist at sammenhengen, ofte kalt konteksten, intervjuet foregår i, kan påvirke innholdet i intervjuet, kalt konteksteffekten. Kunstige omgivelser har en tendens til å medføre at informanten gir kunstige svar. Intervjuobjekter vil ofte opptre i en kunstig og en naturlig kontekst (Nerven, 1974; Kvale, 2005).

Et kvalitativt intervju dreier seg ikke om en passiv innhenting av informasjon, men er preget av interaksjonen mellom informant og den som intervjuer. Dialogformen blir her fremtredende i samtalen, en form preget av spørsmål og svar, der en må følge opp svar fra informantene og be om utdyping (Jacobsen, 2003).

Kvale (2005) sammenligner det gode forskningsintervjuet med den gode terapeutiske samtalen. Under intervjuet kan svaret på et spørsmål danne grunnlag for tilleggs spørsmål som ikke står i intervjuguiden. Dette er spørsmål som kan bekrefte eller avkrefte en tolkning en gjorde der og da. Det vil si at analysen av dataene startet allerede under intervjuene. Spørsmål som, ”forstår jeg det slik at du mener”, ”eller kan du utdype dette litt mer”, brukte jeg i flere sammenhenger.

Samtalen i et forskningsintervju er ikke en gjensidig interaksjon mellom to likeverdige partnere. Det er snakk om avgjort maktsymetri (Kvale, 2005).

Dette henger sammen med at det er intervjuer som legger rammene for hva vi skal snakke om ut fra målene en hadde i studiet, ved at jeg forholder meg til intervjuguiden. Gjennom intervjuet var det mine spørsmål som ledet samtalen videre, i den ene eller andre retningen.

3.0 METODE OG DESIGN

3.1 Undersøkelsens design og gjennomføring

I denne delen av oppgaven vil jeg redegjøre for hvordan studiet metodisk er planlagt og gjennomført ved hjelp av to metoder.

Kvalitativ metode er den mest sentrale metoden i dette studiet.

Jeg benytter også kvantitativ metode. Grunnen til at jeg valgte en slik tilnærming er at jeg har god forhåndskunnskap om temaet jeg skal undersøke på grunn av erfaringer fra prosjektet ”Myndiggjørende rehabilitering”. Jeg vet hva jeg vil se etter. De ulike elementene i metoden vil bli nærmere beskrevet under. Til slutt vil jeg diskutere kvaliteten på dataene.

3.1.1 Utvalget

Utvalget i denne undersøkelsen består av ti informanter som har gitt samtykke til å arbeide med individuell plan. Utvalget er delt i to grupper, fem som ved bruk av egen pc har fått opplæring i nettbasert individuell plan, og fem som ikke har pc og ikke har fått denne opplæringen. Jeg tenker at størrelsen på utvalget er stort nok for å få svar på problemstillingen sett i forhold til tidsperiode og nivå på masteroppgaven.

Deltagerne har vært brukere i prosjektet ”Myndiggjørende rehabilitering” og er valgt av deres hjelpere. Informantene har tildels alvorlige psykiske lidelser. De bor i fire forskjellige kommuner. Deltagerne består av seks kvinner og fire menn i alderen 22 til 54 år.

På bakgrunn av hjelpernes kjennskap til informantene var alle motivert for å arbeide med individuell plan. De fem informantene som fikk pc var spesielt interessert i å arbeide med individuell plan selv om datakunnskapen har vært variabel. Informantene med egen pc utalte seg mer positivt til individuell plan enn de andre.

Jeg er oppmerksom på at denne forskjellen kan påvirke resultatene både i analysedelen og i intervjuene i mer positiv retning, for eksempel motivasjon og økt vilje til å være aktiv i eget liv.

3.1.2 Intervju som metode

Jeg kjente informantene fra forskningsstudiet ”Myndiggjørende rehabilitering” slik at vi trengte ikke å presentere oss for hverandre. I forkant av intervjuet hadde vi en uformell samtale der det ble redegjort for hva intervjuet gikk ut på. Informantene ble gjort klar over at alle dataene ble anonymisert og slettet etter prosjektslutt. Det ble spurt om de hadde noe imot at det ble brukt båndopptager.

En informant ønsket ikke dette. Under dette intervjuet håndskrev jeg svarene fra informanten. Videre ble det lagt vekt på at dersom de oppfattet spørsmål som nærgående eller vanskelige, trengte de ikke å besvare dem, de kunne ta en pause eller avbryte. Ettersom alle informantene hadde vært med i forprosjektet ”Myndiggjørende rehabilitering” kjente de til intervjusituasjonen.

Jeg har valgt å bruke åpne spørsmål for å få mest mulig relevant informasjon rettet mot problemstillingen. Intervjuguide ble laget som støtte for å dekke sentrale områder ved problemstillingen, men jeg brukte den ikke slavisk. Samtidig hadde jeg underspørsmål som skulle belyse ulike sider ved temaene. Jeg var opptatt av at intervjuene skulle ligne mest mulig på en vanlig samtale, og intervjuguiden ble derfor brukt som en form for sjekklister. Jeg prøvde å stille korte, klare og enkle spørsmål og var opptatt av å bruke tid for å la informantene få snakke ferdig uten å avbryte.

Som for eksempel: *Hva vet du om individuell plan?* (Vedlegg, 1).

Intervjuene foregikk som en vanlig dialog, dataene kom i form av ord, setninger og fortellinger. Det var viktig for meg å skape tillitt og struktur rundt samtalen slik at informanten følte seg trygg til å fortelle om sine opplevelser. Jeg tok kontakt med informanten i forkant og spurte hvor de ønsket å bli intervjuet. Åtte av informantene ønsket at dette skulle

skje hjemme hos dem. To av intervjuene foregikk per telefon. Årsaken var at informantene i intervjuperioden var innlagt på institusjon, ønsket derfor å bli intervjuet på denne måten.

Datainnsamlingsverktøy som blir brukt:

- Intervju ut fra åpen intervjugide (Vedlegg, 1)

Innholdet i intervju giden gikk på åpne spørsmål i forhold til blant annet opplevelser, erfaringer, betydninger, savn, forventninger og nytte i planarbeidet.

- Individuell plan, der skal jeg studere innhold og aktivitetene i planene.

3.1.3 Vurdering av gjennomføringen av intervjuene

Resultatet av intervjusituasjonen varierte både i lengde og kvalitet. Gruppen besto av informanter som tildels hadde alvorlige psykiske lidelser. Jeg erfarte at dagsformen preget flere av intervjuene. Som for eksempel ved å svare på spørsmålene med enstavelsesord, veldig korte svar, eller at de mistet fokus å begynte å snakke om andre ting. Jeg hadde forventet at flere av informantene hadde mer å fortelle. Enkelte svarte meget utfyllende og kom med egne historier som de fikk assosiasjoner til under intervjuet, noe som bidro til utfyllende kunnskap rundt problemstillingen.

Jeg erfarte også at noen fortalte om opplevelser de ikke hadde snakket om tidligere.

Intervjutiden varierte fra tjue minutter til en, og en og en halv time. Etter transkribering varierte lengden fra tre til tjuette sider.

Jeg erfarte flere intervju som vankelige. En situasjon var der informanten ikke ønsket å bruke båndopptager, jeg måtte skrive ned det som ble sagt samtidig som jeg skulle intervju. En annen informant svarte med enstavelsesord og lite utfyllende setninger.

Etter å ha hørt igjennom dette intervjuet på bånd, var det merkbart at jeg som intervjuer her snakket for mye. Det var tydelig å høre at jeg hadde forventninger til mer utfyllende svar fra informanten, og stillheten i situasjonen var vanskelig å kjenne på. Jeg ble for aktiv, og forlot intervjuguiden ved å stille mer utdypende spørsmål.

To informanter ble utsatt for alvorlige ulykker i prosjektperioden. Dette medførte at de i tillegg fikk alvorlige fysiske handikap og hadde lange rehabiliteringsopphold utenfor hjemkommunen. Intervjuene av disse informantene var preget av disse hendelsene, noe jeg vil komme tilbake til i analysekapitlet.

I flere sammenhenger måtte jeg stille spørsmål utover intervjuguiden da jeg opplevde svarene som uklare, som for eksempel:

Intervjuer: Hvis du var din egen koordinator og hadde gode hjelpere rundt deg som samarbeidet godt. Hvordan tror du det hadde vært?

Informant: Jeg tror det hadde gått godt.

Intervjuer: Kan du si litt mer om det?

Informant: Nei jeg har det bare på følelsen. Hvis den hadde vært individuell som jeg har forstått at den skal være, da hadde det vært ypperlig, for da kunne jeg ha fått det jeg behøvde. Det tror jeg hadde vært tidsbesparende og samfunnsbesparende. På lengre sikt, det tror jeg.

Intervjuer: Samfunnsbesparende?

Informant: Ja, i forhold til meg som går så mye ut og inn fra institusjonene.

Intervjuer: Sier du at du kanskje ikke hadde trengt så mange innleggelse da?

Informant: Ja, kanskje jeg ikke hadde trengt innleggelse i det hele tatt, hvis jeg hadde fått hjelp med en plan for livet mitt, da visste jeg hva jeg skulle forholde meg til, for nå er det bare rot.

Selv om jeg tilstrebet en hyggelig atmosfære under intervjuene, opplevde jeg intervjusituasjonen som varierende. Informantene som svarte lite utfyllende på spørsmålene var merkbart spente, mens andre, så ut som de likte intervjusituasjonen.

Psykiatrisk sykepleier har vanligvis en terapirolle i praksis. Derfor var jeg spesielt oppmerksom på min nye rolle som forsker i intervjusammenhengen, nemlig å ha fokus på at det er jeg som skal få informasjon, og informanten er den som skal gi. Etersom jeg har hatt rollen som prosjektmedarbeider og forsker har det vært viktig vær oppmerksom disse to rollene. Dilemma kan være at jeg kjenner informantene så godt at dette

kan påvirke datamateriale.

3.1.4 Dokumentanalyse som metode

Innsamling av det kvantitative datamaterialet i dette studiet, innebærer å studere hyppigheten i aktiviteten og samhandlingen i informantenes individuelle planer som ligger på nettet. Totalt hadde jeg tilgang til ti planer. Med personlige passord og kode logger jeg meg inn i planene. Her fikk jeg oversikt over hvem som var deltagere i den enkeltes plan og om det foregikk samhandling mellom dem. Jeg fikk innsyn i innholdet, hvor det var aktivitet og ikke. Jeg systematisert dataene jeg fant ved å lage tankekart med tekstbokser med fargekoder. Ved å kode like aktiviteter med en farge, som for eksempel at alle tiltakene er markert gule, alle mål som grønne, ble det lettere å få oversikt, og telle i etterkant.

3.2 Analyse av intervjudata

Analyse starter ved intervjuene og fortsetter med transkribering fra lydbåndene til skrevet tekst, og følger ulike trinn basert på narrativ strukturering og meningsfortolkning.

3.2.1 Transkripsjon

Jeg valgte å bruke Kvale sin fremgangsmåte ved transkribering av intervjuene (Kvale, 2005).

Ni av intervjuene ble skrevet ut ordrett fra båndopptaker på bokmål og inn på pc og viderebehandlet der.

Et av intervjuene ble skrevet ned i intervjusituasjonen. Alle intervjuene ble anonymisert og nummerert. Årsaken til at jeg ikke skrev intervjuene på dialekt var at muligheten til å bli gjenkjent ut ifra dialektuttrykk kunne være tilstede, da utvalget kun var ti informanter.

Jeg fant det vanskelig å forholde meg til nonverbale signaler som pauser, sukk og lignende da det var vanskelig å tolke hva dette ga uttrykk for.

For eksempel kan et sukk like gjerne tolkes som ”dette er vanskelig å snakke om” til ”dette var godt å snakke om” osv. Jeg valgte å forholde meg til hva informanten uttrykte verbalt, men var allikevel oppmerksom på kroppsspråk, stemmebruk og lignende, og jeg ba for eksempel

om en utdypning, laget en pause, støttet deres utsagn osv. På denne måten fikk informanten mulighet til å kommentere eventuelle meninger som måtte ligge bak de nonverbale uttrykkene.

3.2.2 Analyseprosessen

Analyse av data består av å beskrive, systematisere, kategorisere og sammenbinde data, beskrevet som tolkningskunst (Jacobsen, 2003).

Hvert intervju ble gjennomlest i sin helhet flere ganger og hovedbudskapet ble deretter skrevet ned.

Jeg har lyttet til intervjuene gjentatte ganger også etter at de var transkribert. Kvale (2005) understreker at en på denne måten får frem vesentlig mer av intervjuet enn fra en skrevet tekst.

Etter transkripsjonen satt jeg igjen med ca. 100 sider tekst med informantens utsagn.

Kvale (2005) hevder at det ikke er mulig å si hva som er riktig transkripsjon, poenget er hva som er anvendelig i forhold til forskningsformålet. Derfor representerer ikke transkripsjonen hele situasjonen

Første fase av analyseprosessen var en reduksjon av mangfoldet i informasjonen og et forsøk på å bearbeide og strukturere datamaterialet til å få tak i hva dette egentlig handler om.

Tekst som ikke var aktuell for problemstillingen ble klippet ut og lagt i et eget dokument. Dette gjaldt for eksempel tekster som omhandlet utenomsnakk.

Jeg kategoriserte data i grupper for å se om noe lignet på hverandre, omhandlet samme fenomen eller tema, eller at noen typer av data var forskjellige, belyste ulike fenomen og informasjon. Dette gjorde jeg på et på et stort ark med fargekoder for å få et visuelt bilde av samme, og ulike fenomen.

Meningsenheter ble identifisert og kodet på en enkel måte slik at en kunne følge hvor i teksten de var hentet fra.

Til å begynne med brukte jeg intervjuguiden som utgangspunkt for kategoriseringen til sentrale tema deretter kategoriserte jeg temaene på tvers. Deretter ble innholdet gruppert under hvert tema, i intervjuguiden og til sentrale tema. Som for eksempel: Samarbeid, koordinator, trygghet, opplevelser etc. Følgende koder ble utviklet i analyseprosessen: God

kunnskap om individuell plan, manglende prioritering av individuell plan, ønsker mer opplæring, motiverende, erfaringer med nettbasert individuell plan, datakunnskap, samarbeid, innhold i planen, meldinger, det skjedde noe, sin egen koordinator, min plan, opplevelser og en annerledes plan og en annen måte å jobbe på. Videre fortolket jeg meningene i dataene i relasjon til teorier.

Analyse av individuell plan.

Jeg utførte en kvalitativ og tallmessig analyse av ulike aktiviteter og samhandlinger som var nedskrevet i de individuelle planene på nettet. For eksempel, hvem samhandlet, hvor ofte og hvilke områder jobbet de med.

3.3 Etiske og faglige vurderinger

Informantene i dette studiet tilhører en sårbar gruppe, spesielt når det gjelder og opprettholde sosial kontakt med andre mennesker. De kan også ha lav toleranse for stress i nye situasjoner.

Det ble derfor tatt hensyn til informantenes eventuelle reaksjoner under intervjuet, og intervjuet stoppes dersom informantene ønsket det. Intervjuer har videreutdanning i psykiatrisk sykepleie, og vil kunne intervensere dersom bruker får problemer, enten selv eller ved å kontakte hjelpeapparatet. Jeg orienterte hjelpeapparatet både i forkant og i etterkant av intervjuet.

Forskningsprosjektet ble sendt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) og fikk skriftlig tilbakemelding om at prosjektet kunne gjennomføres.

I henhold til den nye forskningsloven er det ikke lenger plikt til å fremlegge studentprosjekter til regional komite' for medisinsk forskningsetikk (REK). Komiteen velger derfor en fleksibel tilnærming og anbefaler lærestedene selv å håndtere studentprosjekt.

3.3.1 Forespørsel og samtykke

Det ble sendt ut forespørsel til deltagere som tidligere har vært med i myndiggjørende rehabilitering om å delta i denne undersøkelsen. I brevet ble det orientert om hensikten, betydningen og at jeg ønsket å intervju dem. Informantene kan selv bestemme hvor

intervjuet skal skje. Jeg orienterte om at intervjuet kunne ta fra ½ til 1 time, og at jeg ønsket å benytte lydopptak i forbindelse med intervjuet.

Det ble orientert om at jeg måtte ha informantens tillatelse til å få innsyn i den individuelle planen, for å få opplysninger om min problemstilling.

Informanten har tidligere gitt samtykket for utarbeidelse av individuell plan. Men da dette prosjektet er nytt, må informantene på nytt gi samtykke til å delta i intervju, og at intervjuer får tilgang til den individuelle planen som ligger på nettet.

Dersom informanten ønsker å delta ber jeg han/henne om å skrive under på en samtykkeerklæring som er vedlagt. Brevet returneres i vedlagte konvolutt og de blir orientert om at de vil få kopi av brevet samt samtykkeerklæringen etter at den er underskrevet (Vedlegg, 3).

3.3.2 Frivillighet

Å delta i undersøkelsen er frivillig. Det ble orientert om at en når som helst kan trekke seg fra å delta i undersøkelsen, dersom en ønsker, og uten begrunnelser.

3.3.3 Taushetsplikt

Som forsker har jeg taushetsplikt. Det vil si at jeg behandlet alle opplysningene som bruker gav meg i intervjuene konfidensielt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 21.

Alle innsamlede opplysninger i dette studiet ble behandlet i anonymisert form.

Det betyr at informantens navn blir erstattet med et nummer (identitetsnummer), kun forsker vil ha adgang til å koble navn og nummer for å finne ut hvem som har svart hva. Når undersøkelsen er ferdig, senest 02.05.2008, vil alle opplysninger bli anonymisert. Det innebærer at lydopptak og identitetsnummer slettes og at materialet i sin helhet foreligger i en form hvor ingen kan gjenkjennes.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I denne delen av studiet vil jeg ut fra intervjuene formidle informantenes erfaringer med individuell plan. Først presenteres funn fra alle informantene, deretter om det er likheter og forskjeller hos informantene med og uten pc. Underveis i presentasjonen vil jeg kort kommentere sentrale tema, men selve drøftingen og diskusjonen vil komme i kapittel fem. Et av hovedfunnene var at informantene hadde gode kunnskaper om individuell plan, men de opplevde fortvilelse og skuffelse over at prosjektet de deltok ikke ble slik de trodde. De hadde store forventninger som de opplevde ikke ble innfridd. Bakgrunnen for dette vil bli utdypet nedenfor.

4.1 Alle informantene hadde god kunnskap om individuell plan

Det er utarbeidet klare lovverk og veileder for individuell plan som i et lett forståelig språk sier noe om hvordan ordningen er tenkt i praksis. I tillegg har det i løpet av de siste årene vært holdt tallrike seminarer og foredrag om individuelle plan (Thommesen, 2003). I følge Træfjord og Hatling (2004) er det allikevel store forskjeller i hvordan den enkelte tenker rundt individuell plan, for eksempel hva som er hensikten, hvem som har ansvar for hva og hvem som setter i gang planarbeidet og hvordan det gjøres. I denne delen presenterer jeg alle informantenes oppfatning av individuell plan, både de med og uten pc.

Alle informantene i dette studiet hadde god kunnskap om individuell plan. Samtlige var orientert om at dette var en rettighet de hadde som brukere. Informantene hadde god forståelse om hensikten og målsettingen med denne ordningen. De beskrev individuell plan som et redskap, en oppskrift, en sikring for å samordne de forskjellige tjenester til den enkelte. De fortalte at de opplevde seg selv som sjefen i planarbeidet. Sitatet nedenfor illustrerer dette.

Kvinne, 32 år: Det er et redskap for å få et bedre liv sammen med hjelperne mine. Det er en hjelp til å mestre livet, både økonomisk og livets områder. Få bedre kontakt med hjelperne mine og få ting ned på papiret.

Mann, 54 år: Det skal være en overordnet plan for å samordne de hjelpetiltak jeg har. En plan som jeg skal ha, som jeg har rett på. Det er en oversikt der en setter ned ansvarsvarsområder, hva som skal skje og hvem som skal gjøre der.

Kvinne, 49 år: Det skal være en slags oppskrift.

Kvinne, 40 år: Et verktøy som en kan samarbeide med hverandre. At hjelperne kan samarbeide. For det må de jo gjøre, jeg trenger jo hjelp fra så mange.

Kvinne, 24 år: Det at en kan jobbe sammen med de som står oppført i planen, er en rettighet jeg har for å sikre at jeg får den hjelpen jeg trenger

Informantene i begge gruppene opplevde imidlertid at det var kunnskapssvikt hos hjelperne. De fortalte at hjelperne ikke greide å formidle til dem hva individuell plan var. Informantene opplevde at det som blir skrevet og vedtatt ikke ble brukt i praksis. De opplevde også hjelperne som lite motiverte til dette arbeidet.

Kvinne, 32 år: Jeg opplever at personalet ikke vet hva det er og kan ikke forklare oss det." Vi vet det bedre vi, oppskrifta blir ikke brukt.

Den generelle tendensen var altså at informantene i dette studiet hadde god kunnskap om mål og hensikt med individuell plan, men de opplevde at hjelperne var lite motiverte, hadde manglende datakunnskaper, og at de ikke visste hvordan de skulle jobbe med individuell plan.

4.2 Informantene som ikke hadde egen pc.

4.2.1 "Dårlig datautstyr og datakunnskap hos hjelperne"

Ingen av disse informantene hadde egen pc, men de fikk tilbud om å benytte pc til koordinatoren, når de var på koordinatorens kontor. Flere beskrev koordinators pc som ikke

oppdatert, de var gamle, jobbet seint og var utgått på dato. De opplevde at infrastrukturen ikke ble prioritert. Dårlig datautstyr gjaldt både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. I møtene med koordinatorene opplevde de å bruke mye tid på å vente, prøve og feile i bruk av dataverktøyet, slik at tiden de hadde til rådighet ble for kort. Informantene opplevde at dette fungerte dårlig.

Kvinne, 48 år. Jeg trur det er enklere for dem å jobbe på papiret enn på data.

Mann, 38 år: Jeg jobbet litt på koordinator sin maskin, en treg sak som brukte lang tid på å komme med bilde. Den tiden vi hadde til rådighet ble for kort, så det ble ikke noe særlig.

Informantene ga altså uttrykk for at hjelperne hadde dårlig datakunnskap og mente at det var bedre for dem å jobbe med planarbeidet på papir.

I institusjonene var det heller ikke gode romforhold for dette arbeidet, da det ikke var egne rom for å jobbe med sensitive data. Datamaskinen var plassert i oppholdsrom og lignende der medpasienter også oppholdt seg. Enkelte institusjoner hadde ikke tilgjengelige datamaskiner.

Dette opplevde en informant som ugreit og beskriver det som rot.

Træfjord og Hatling (2004) beskriver at brukere har langt større kompetanse innenfor IT enn hjelper, i andre tilfeller vil det være motsatt. Historisk sett er det ikke lenge siden hjelperne brukte "blyant og viskelær" ved dokumentasjon i fagsystemene. Min erfaring er at det har vært lite dataopplæring til hjelpere i helsesektoren. Metoden har vært prøving og feiling, og læring av hverandre. Tilgjengelige og oppdaterte datamaskiner har ikke vært prioritert verken til hjelpere eller brukere.

4.2.2 Behov for egen pc

Kvinne, 48 år: Det var egentlig en stor feil at jeg ikke har egen pc. Hadde jeg hatt det kunne jeg ha vært mer med.

Informantene ønsket sin egen pc. De begrunnet dette med at da kunne de være mer delaktig i planen sin. Ved å ha egen pc kunne de dele kunnskap, stille spørsmål, få tilbakemeldinger fra fagfolkene på ting de lurte på. Dette mente de ville kunne øke kommunikasjonen mellom brukerne og hjelperne. Informanten var opptatt av at deres kunnskap og fagpersonens kunnskap skulle deles.

4.2.3 Uklar koordinatorrolle

Informantene uten egen pc opplevde at koordinatorene ikke fungerte i sin rolle og at hjelperne syntes å være opphengt i verktøyet og ikke i innholdet i planen. En av informantene erfarte at koordinatoren ikke var delaktig i hennes plan. En annen sa at det fungerte i begynnelsen, men fordi koordinatoren fikk nye arbeidsoppgaver, uteble samarbeidet om planen. En fikk sin søster til å overta da koordinatoren ikke fungerte. En hadde opptil flere koordinatorene i løpet av studiet.

Informantene ble ikke oppfordret til å skrive i planen, det var koordinatoren som satt foran pc og skrev. En informant uttrykte at hun syntes det var artig med data. Hun fortalte at hun hadde gått på handelsskole og var flink til å skrive på skrivemaskin.

Kvinne 50 år: Jeg ble ikke oppfordret til å skrive selv om jeg var god til å skrive på skrivemaskin, jeg hadde tatt handelsskole og hadde lyst til å skrive.

Mann 47 år: Jeg opplevde at koordinator skrev planen, hun ba meg skrive inn det hun sa. Jeg kunne ikke bruke ordene hun brukte. Jeg ble oppfordret til å skrive.

En uttrykte at hun hadde lyst til å være sin egen koordinator og drive sin egen plan med støtte fra hjelper, men det fikk hun ikke tillatelse til av sine hjelpere. Hun fortalte at hun i noen tilfeller kanskje ikke hadde trengt innleggelse i institusjon hvis hun hadde hatt en plan for livet sitt, for der sto det hvordan hun skulle forholde seg til ting. Hun beskrev at det hadde hun opplevd som trygt, men slik det var nå, var alt bare rot og utrygt.

Tilsvarende funn på koordinatorrollen samsvarer med andre studier (Sosial-og helsedirektorater, 2005; Michaelsen, Vatne & Hollingen, 2007; Vold Hansen, 2007). Koordinatorrollen er en ny rolle som det foreløpig ikke er knyttet så mange regler eller

normer til (Thommesen m.fl., 2003). Jeg tenker at det informanten formidler kan være et uttrykk for at koordinatoren opplevde rollen som uklar, slik det er beskrevet av Michaelsen m.fl. (2007). I denne studien var koordinatoren den nærmeste hjelper, og den som kjente informantene best. Alle hadde koordinatører fra psykisk helsevern.

4.2.4 Manglende samarbeid og samhandling

Et av formålene med individuell plan er i følge forskriften å bidra til å styrke samhandlingen mellom hjelpere og brukere og etater innefor forvaltningsnivåene (§ 2c).

Samhandling mellom tjenestemottaker og tjenesteytere er en forutsetning for å kunne yte tjenester (Thommesen m. fl., 2003). Flere av informantene opplevde at det ikke foregikk noen form for samhandling i planen. En forteller at det var kun koordinatoren og seg selv.

Mann, 47 år: Det har ikke vært noe samhandling med andre hjelpere i planen.

En fortalte at hun var utsatt for en alvorlig ulykke og var innlagt på en institusjon i en annen kommune over lengre tid. Vedkommende fortalte om mulighetene som lå i individuell plan i forhold til samarbeid og samhandling. Hun erfarte at institusjonen hun var innlagt på prøvde å få kontakt med kommunen hun var bosatt i for samhandling rundt hennes plan, uten å lykkes. Hun sa hun ikke hadde opplevd å ha noen plan.

Det kan være nyttig å skille samhandling og samarbeid. Samhandling som begrep henleder oppmerksomheten på noen ytre observerbare trekk ved forhold mellom aktører, nemlig at noen gjør noe sammen. Vi kan observere at de samhandler. Kravet til samarbeid er noe annet. Vi oppfatter samarbeid som det å arbeide sammen mot en felles målsetning (Thommese, m.fl., 2003).

Under presenteres en tabell som sier noe om innholdet i planene til informantene uten pc, blant annet samarbeidet. Tabellen viser deltagelse og hvilke områder det har vært jobbet med og områder det ikke har vært aktivitet.

Tabell 1: Oversikt over innholdet i plan til informanten uten egen pc

	Deltagere i planen	Hovedmål	Delmål	Livs-områder	Tiltak	Evaluering	Meldinger	Kalender
Plan nr.								
1	1	Ja	Ja	Noe	Ingen	Ingen	Ingen	Noe
2	5	Ja	Ja	Nei	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
3	0	Nei	Nei	Nei	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
4	0	Ja	Ja	Noe	Noe	Ingen	Ingen	Ingen
5	0	Nei	Nei	Nei	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen

I tabell 1 kan vi lese at to av fem planer har definert inn andre personer i planene, foruten koordinator og planeier. Det vil si at tre planer ikke har andre deltagere enn koordinator og planeier.

Det som var likheter i planene var at alle hadde lagt inn to eller flere personer i planene, ellers var det noen forskjeller på mengden av innhold. Som vi ser viser denne tabellen det informantene formidler, at det ikke er aktivitet, samarbeid eller samhandling i planene.

En av intensjonene med individuell plan er at tjenestemottaker skal ha en aktiv rolle i planprosessen. Det dreier seg om at brukeren selv skal være aktiv og medvirke og ta avgjørelser i spørsmål som gjelder dem (Eikeland & Heggen, 2007). Brukeren har en kompetanse hjelperen ikke har, en kompetanse som er avgjørende for at de som jobber sammen for eksempel om individuellplan, skal kunne jobbe effektivt mot felles mål (Bredland & Linge & Vik, 2002).

Ut ifra det informantene formidler, kan det synes som om informantene ikke opplevde brukermedvirkning, og at informantene og hjelperne ikke kom fram til gode løsninger sammen. Brukermedvirkning er et begrep hjelperne bruker. Med bakgrunn i dette synes det som at mange ikke vet hva det innebærer i praksis.

4.2.5 Informantene ønsker mer opplæring

Alle informantene uten egen pc ønsket mer opplæring i forhold til individuell plan og dataverktøy. De ble som nevnt tidligere invitert på kurs på Høyskolen i regi av prosjektet ” Myndiggjørende rehabilitering”. Tre av informantene uten pc deltok. Kursene opplevdes

veldig positivt og de brukte ord som viktig, interessant, spennende å delta på noe, og lære mer.

Ja, det skulle vært mye mer opplæring av oss. Det er spennende. En føler jo at en deltar på noe. kvinne 50 år.

I helsesektoren har det tradisjonelt sett vært gitt opplæring til hjelpere og ikke til brukere selv om en av hovedoppgavene til spesialisthelsetjenesten er opplæring til pasient og pårørende.

Nye lovverk er kommet i løpet av de siste ti-femten årene, men spørsmålet er om profesjonene har endret sine måter å handle på. Våre praksisformer er ikke tidløse, men springer ut av historiske kontekster innvevd i faglige, organisasjonmessige, administrative, språklige og kulturelle sammenhenger. Krav om endret praksis, eller utvikling av nye praksisformer utfordrer oss derfor på alle disse områdene (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007).

Informantene opplevde mestring i undervisningssituasjonen på Høyskolen. Jeg tenker at det betyr noe å få ta imot kunnskapen i et annet miljø enn i en psykiatrisk institusjon.

4.3 Informantene med egen pc

4.3.1 Motiverende med egen pc

Alle informantene som fikk støtte og opplæring fikk også sin egen pc. Pc ble kjøpt inn fordi de ikke hadde egen maskin. Som tidligere nevnt har disse fem brukerne vist spesiell interesse for dette arbeidet. Det ble skrevet kontrakt som informantene måtte underskrive. Kontrakten innebar at de skulle arbeide målrettet sammen med koordinator i planarbeidet i prosjektperioden. Informantene skulle få beholde maskinene etter prosjektperioden. Som nevnt tidligere underskrev alle informantene kontrakten. Alle hadde samme utgangspunkt ved at de hadde egen pc. Alle fikk individuell støtte og opplæring både i individuell plan generelt og i verktøyet SamPro, både i grupper og individuelt.

Et av funnene var at alle hadde jobbet med noe av innholdet i planen sin.

Fire av informantene sa det hadde vært helt avgjørende å ha tilgjengelig pc. De sa at uten pc ville det vært en helt annen plan, og de kunne ikke brukt den slik de gjorde nå. Uten pc ville planen blitt en overordnet plan, en statusplan som bare lå der, og den ville mistet sin hensikt.

I denne gruppen fant jeg også store forskjeller. Ulikhetene gikk blant annet på hvordan den enkelte informanter jobbet i planen, hvilken nytte de hadde av den, og om det hadde vært samarbeid og samhandling. Det var spesielt en informant som skilte seg ut ved at hun ga uttrykk for ikke å ha vært motivert. For henne hadde ikke planen hatt noen hensikt. Hun mente hun like godt kunne brukt sms for å nå hjelperene sine. Hun sa at pc`en hadde vært mer belastende enn til hjelp, og stilte spørsmål om kanskje hun ikke hadde oppdaget mulighetene. Uheldige livshendelser hadde hindret henne å utfolde seg. Allikevel hadde hun vært tro mot kontrakten, og sa hun ikke hadde opplevd kontrakten som noe press.

Dette kan tolkes slik at det vi som helsepersonell mener er bra for brukerne ikke bestandig oppleves bra for dem. Kanskje var denne informanten var lojal mot meg og kontrakten enn til seg selv. En kan også tenke seg at fristelsen til å få en pc ble så motiverende at det kunne ha overskygget hensikten.

Ettersom disse informantene var spesielt motiverte til å arbeide med individuell plan, hadde egen pc, var det overraskende at ulikhetene var så store. Det var også en tankevekker å oppdage lojaliteten hos en informant. Hun gjorde det hun ble bedt om i forhold til kontrakten, samtidig var det modig at hun turte å si ifra at dette ikke var noe for henne. Enkelte brukere i denne studien opplevde altså at individuell plan på dette tidspunktet ikke hadde en hensikt for dem.

4.3.2 Varierende datakunnskap

Noen var litt skeptiske i starten i og med at planen skulle skrives på data. Det var store forskjeller på datakunnskapen, fra at noen var meget oppegående, til at andre ikke hadde noen erfaringer. Alle ga tilbakemelding på at den tekniske biten hadde gått veldig bra, og flere sa de var overrasket over dette. Informantene hevdet at ved å bruke nettbasert individuell plan hadde de lært mer om data, og opplevde dette som givende og interessant. En informant uten datakunnskap var opptatt av at data var fremtiden, og at det var noe alle måtte lære seg hvis en skulle følge med i tiden.

4.3.3 Innhold i planene

Her vil jeg presentere en tabell som viser oversikt over innholdet i planene til informantene som hadde egen pc. Tabellen viser deltagelse og hvilke områder de konkret har arbeidet med. Videre vil jeg formidle informantenes opplevelse av å jobbe med de enkelte områdene.

Tabell 2: Oversikt over innhold i plan til informantene med egen pc

Plan nr.	Deltagere i planen	Hovedmål	Delmål	Livs-områder	Tiltak	Evaluering	Meldinger	Kalender
6	4	Ja	Ja	Ja	Stor aktivitet	Stor aktivitet	Stor aktivitet	Stor aktivitet
7	2	Ja	Ja	Ja	Noe	Ingen	Stor aktivitet	Noe
8	1	Ja	Ja	Nei	Noe	Ingen	Noe	Ingen
9	4	Ja	Ja	Ja	Stor aktivitet	Stor aktivitet	Stor aktivitet	Stor aktivitet
10	2	Ja	Ja	Noe	Noe	Noe	Stor aktivitet	noe

Tabell 2 viser at informantene har jobbet med planene sine i varierende grad. De ulike variasjonene vil bli utdypet videre i studien. En kan lese at alle informantene med egen pc hadde andre deltagere med i planen foruten seg selv og koordinatoren. Alle informantene hadde definert hovedmål, delmål og tiltak. Fire av fem informanter hadde jobbet med livsområder. Når det gjelder evaluering og kalender var aktiviteten variabel. En ser at aktiviteten, under området meldinger, var størst. Plan nummer seks og ni utmerker seg med størst aktivitet på alle områder, mens det i plan nummer åtte var minst aktivitet. Planeier for plan åtte var informanten som gav uttrykk for ikke å ha vært motivert. Når vi ser på innholdet og aktiviteten i denne planen, kan det tolkes slik at når en ikke er motivert og ser hensikten med dette arbeidet, vil dette gå utover aktiviteten, selv med egen pc.

Alle informantene fortalte at de hadde skrevet noe i planen sin. I enkelte planer var det dokumentert hvem som var koordinator og hjelpere, og hvilket ansvar og roller de hadde. Andre planer var kun navnet på planeier og koordinator nedskrevet. Flere opplevde at det å definere hovedmål var vanskelig. Begrunnelsen var at hovedmål for livet opplevdes så stort og at dette ofte lå langt fram i tid. Alle hadde skrevet noen mål og tiltak. Noen hadde evaluert

tiltakene, som for eksempel hvordan de opplevde det å være ute med støttekontakt, eller hvordan samtalene med psykolog fungerte.

Livsområdene ble i mindre grad brukt. De sa de var usikre på hva som skulle skrives der og opplevde begrepet som vanskelig å forstå. De som prøvde å skrive ut fra livsområdene, erfarte at de skrev de samme tingene på forskjellige steder i planen. Noen fortalte at det å jobbe med livsområdene var fryktelig slitsomt. Det var ofte traurige, vanskelige problemområder som ble veldig tydelige når de ble skrevet ned. En mente disse områdene burde en avvente til lengre uti prosessen, og at en kunne starte med enklere ting for å bli kjent med verktøyet, for eksempel å sende meldinger til hverandre og bli kjent med kalenderen. Informantene gir her anvisninger som kan være nyttige for andre som for eksempel at en bør starte planarbeidet med enkle dagligdagse ting.

4.3.4 Bruk av meldingssystemet

Når det gjelder meldingssystemet er dette et tilleggsverktøy som leverandøren av verktøyet har laget for å lette muligheten til å samhandle i planen. Det hører opprinnelig ikke med til individuell plan.

Det gikk igjen at alle var flittige brukere av meldingssystemet i planen. Meldingene brukte de for å gjøre avtaler med hjelperne, fortelle hvordan de hadde det eller eventuelt stille spørsmål. Informanten nedenfor forklarer hvordan planen ble brukt til å beskrive at hun trengte hjelp ved å bruke meldingssystemet.

Mann, 42: Jeg sendte meldinger, der fortalte jeg hvordan jeg hadde det. Det har vært veldig bra da slipper jeg å sitte med telefonen og ikke komme igjennom.

Kvinne, 24 år: Jeg hadde det vanskelig for en stund siden, jeg satt oppe flere netter og grublet. Da gikk jeg inn i planen og skrev hvordan jeg hadde det og fikk raskt hjelp. Det var veldig bra, jeg ringte dem jo ikke privat og ropte om hjelp. Jeg forventet ikke at dem skulle lese meldingen om natten, men neste dag på jobb gjorde de det.

Noen informanter opplevde at de sendte meldinger og at de ikke fikk tilbakemelding. Dette opplevde de frustrerende og lite motiverende. En fortalte at det var ikke noe vits å sende melding til koordinatoren for de fikk aldri svar tilbake.

Flere presiserte at det var tidsbesparende å bruke meldingssystemet. En fortalte om en episode der han ikke kom igjennom på telefon for å gi en beskjed til koordinatoren sin. Han opplevde at det gikk raskere å sende en melding, og fikk raskt svar.

Underveis oppdaget informantene mulighetene som lå i meldingssystemet. Tilgjengeligheten gjorde at de kunne bruke det mer aktivt og tilbakemeldingene fra informantene var at de opplevde å få bedre oversikt og kontroll over livet.

Ved at jeg hadde innsyn i alle planene logget jeg meg ofte inn for å se på hva den enkelte jobbet med. Min opplevelse var at aktiviteten var generell liten hos både informantene og hjelperne. Ved bruk av meldingssystemet kommuniserte jeg både med hjelperne og informantene for å høre om de sto fast eller om de trengte hjelp med planarbeidet. Flere av hjelperne svarte ofte ikke på disse meldingene, dette stemmer med hva enkelte informanter også opplevde. Hjelperne beklagde den manglende eller minimale aktiviteten, begrunnelsen var at tiden ikke strakk til, verken til å dokumentere eller å sette seg inn i verktøyet. De uttrykte dårlig samvittighet for at de ikke var mer aktive i planarbeidet. Meldingene som ble sendt til informantene fikk jeg oftest tilbakemelding på.

Meldingene gikk for det meste på hvordan det gikk med planarbeidet, hva de jobbet med og eventuelt ros og råd på hvordan de kunne jobbe.

4.3.5 Savnet hjelp og støtte

Enkelte av informantene hadde gode opplevelser med planarbeidet, men de fleste uttrykte at de savnet hjelp og støtte fra hjelperne.

Kvinne 32 år, hadde positive opplevelser med å jobbe sammen med hjelperne sine, og opplevde det å samarbeide og samhandle med dem på nett enklere enn tidligere.

Jeg har vanvittig gode erfaringer. Det har gjort ting utrolig mye enklere å jobbe med de som er med i planen min.

Mann 42 år, hadde deltagere i planen som aldri deltok i arbeidet selv om de hadde sagt at de ønsket det.

Det var ikke helt slik jeg trodde. Jeg trodde det skulle bli mer enn det har vært, hjelperne mine har ikke vært så mye tilstede.

Det kan synes som om informanten hadde forventninger til at det skulle skje noe mer enn det i praksis gjorde og opplevde at hjelperen var lite aktiv.

Flere informanter fortalte at de ikke hadde diskutert hvordan de skulle organisere arbeidet rundt individuell plan. For eksempel hvilken rolle og ansvar deltagerne i planen skulle ha, og hvordan de skulle samarbeide.

En fortalte at koordinatoren hans ennå ikke visste hvordan ting skulle gjøres i planen, etter et år. De hadde gode relasjoner til dem, men de jobbet ikke med planen.

Individuell plan er en rettighet for brukerne. I følge Vold Hansen (2007), utsettes hjelperne for et press som kommer både ovenfra i form av pålegg fra staten om å lage slike planer, og nedenfor i form av krav fra brukerne om å få realisert sine rettigheter. Hjelperne kommer dermed under et krysspress som skal bidra til å realisere intensjonen bak ordningen. Han peker også på et annet viktig poeng at denne rettigheten bare er til planen som et produkt og ikke rettighet til å få flere tjenester. Det ligger ikke i regelverket at bruker får større rettigheter til de konkrete tjenestene enn de ville fått uten den individuelle planen. I praksis er den rettigheten som brukeren har, begrenset til å få et dokument som ikke er forpliktende for hjelperne. Derfor er det kanskje ikke så overraskende at hjelperne ikke framstår som pådrivere i dette arbeidet.

Uansett om dette pålegget oppleves som et press er min oppfatning at hjelperne bryter loven når de ikke deltar i planarbeidet.

En informant uttrykte bekymring for hjelperne. Hvis de var deltagere i mange planer, hvordan skulle de få tid til det? Flere mente at en av årsakene til at det var så lite initiativ fra hjelperne var nok at det var for lite bemanning. De hadde for liten tid og arbeidsdagen var for travel.

Det er nok mange årsaker til at informantene opplevde dette forskjellig. Flere av informantene fortalte at det var oftest koordinatoren de jobbet sammen med i planen, eventuelle andre deltagere var for det meste passive. Selv om det var flere deltagere i planen, foruten

koordinator og planeier, var dette vanligvis bare et navn som var skrevet inn. At koordinator jobber alene med planeier er også dokumentert i andre studier (Richter, M. 2006; Michaelsen m.fl., 2007; Vold Hansen, 2007).

4.3.6 "Det skjedde noe"

Flere beskrev at det skjedde noe ved at jeg responderte og gav tilbakemelding i planene til informantene.

Noen fortalte at det var viktig å bli stimulert eller bli litt presset for å komme i gang med planarbeidet. De beskrev at det "puffet" eller ved den drahjelpen, jeg som støtteperson utsatte dem for, ved å respondere i planen via meldingssystemet, var viktig. Muligheten til å samhandle og til enhver tid kunne se endringer og innholdet i planen, satte i gang spennende prosesser hos enkelte av informantene. Noen begynte å jobbe med mål og tiltak som handlet om dagligdagse ting i deres liv.

Kvinne, 32år: Da jeg var innlagt, la jeg inn et tiltak på at jeg skulle hjem på permisjon, hva jeg skulle gjøre og hensikten med det. Etter permisjonen evaluerte jeg tiltaket, hvordan det hadde gått på permisjonen. Det var her jeg begynte å oppdage, ved å jobbe med de små tiltakene, at det skjedde noe.

Denne kvinnen fortalte at det skjedde noe i denne prosessen ved å jobbe på denne måten, som det var vanskelig å sette ord på. For eksempel førte tiltak som å bake en kake eller å greie å gå til byen alene, til at hun ble mer bevisst på hva hun egentlig drev på med, hva hun brukte livet sitt til, hva det var som fungerte og hva som ikke fungerte. Etter en stund begynte hun å legge inn langsiktige tiltak. Denne prosessen førte til at det også ble mindre ubehagelig å skrive ned det som gikk dårlig. Hun fortalte at det hadde vært viktig å beskrive det som hadde gått bra, men også innrømme det som ikke hadde gått bra.

Kvinne, 49: Jeg har sluttet å gjemme de vanskelige tingene vekk for meg selv. Det er lett å legge lokk på det og knapt innrømme det selv og langt mindre til andre. Det har gitt meg større mestring og et helt annet forhold til det som ikke fungerer.

Ved å jobbe på denne måten fikk hun et mer bevisst og tydeligere forhold til hva som var viktig å ta tak i. Gradvis styrte hun tempoet selv, og satte seg mål som tidligere hadde vært uoverkommelige. Disse erfaringene gjorde at informantene etter hvert oppdaget at hun var blitt mer deltagende i egen behandling.

Det pasienten beskriver her, kan oppfattes som mestring. Mestring handler om å greie noe på egenhånd, slik at en kan komme seg videre. Det handler om å ta i bruk de ressursene som en har eller rår over for å bedre situasjonen (Eikeland & Heggen, 2007).

En annen kvinne på 32 år fortalte fra terapi hvordan hun brukte individuell plan som en oppfølging, ved å skrive ned tankene sine i planen.

Da er jeg inni en prosess, og så er timen ute. Og så går du, men du er ikke ute av prosessen for det. Da kan det skje mange ting like etterpå.. Det skulle jeg ha sagt, og det var uklart, hva mente han med det osv.

Hun opplevde det var nesten som å skrive brev, og fortalte at hun og terapeuten på forhånd var blitt enige om at tjenesteyterne leste seg opp i forkant for å være godt informert til timene. I denne prosessen opplevde hun at "timen" ble mye lengre enn en time, timen ble nesten kontinuerlig. Ikke bare en time i måneden, men en kontinuerlig prosess. Hun skrev til sine tjenesteytere både før og etter timen, slik at timen ble strekt ut, og ble lang. Vanligvis ville informantene brukt lang tid i forkant av timen til å fortelle hva som hadde skjedd fra forrige gang. Det opplevdes som en påkjenning å snakke om vanskelige ting på kort tid.

I følge Vatne (1998) utfordres hjelperne til å se gamle problem på en ny måte og til å endre atferd og samhandlingsformer ved å ha brukermedvirknings fokus. Min opplevelse av relasjonen til denne informantene og hennes hjelper er at sammen har de utviklet ny kunnskap og nye ferdigheter for å mestre hverdagslivet bedre.

Disse informantene sier at de ved å bruke individuell plan har funnet en ny måte å jobbe på, som har gjort at livet har endret seg til det bedre. De brukte den imidlertid på en annen måte enn det som ligger i loven. En kan tenke seg at dette er både en form for egenerapi og utvidet terapeutisk mulighet.

Koordinator er den person som har hovedansvaret for at planen utarbeides, og for ledelsen av planarbeidet. Jeg tenker at den tilnærmingen og rolle jeg har hatt i prosjektet, ved å yte lett

press for å få dem i gang, respondere på aktivitet eller ikke aktivitet gjennom meldingssystemet hører med til både koordinator og andre tjenesteytneres rolle og oppgave.

Denne måten å samarbeide på har likheter, verdier og prinsipper beskrevet i ”partnerskapsrollen” som fokuserer på gjensidighet og likeverdighet i relasjonen (MacGillivray & Nelson, 1998).

4.3.7 Sin egen koordinator

To av informantene valgte å være sin egen koordinator. Begge begrunnet valget med at det skjedde ingenting i planene, hjelperne og koordinator var passive. Den ene forklarte valget slik:

Nei, jeg syns jeg hadde alt for lite kontakt med koordinatoren min, og jeg opplevde at jeg ikke fikk den råderetten jeg ville ha. Koordinator slettet det jeg hadde skrevet, det var jo min plan. Jeg opplever at jeg er sjefen, og det er ganske god følelse (Kvinne, 48 år).

Ved å bli sin egen koordinator opplevde hun endringer. Hun fikk positiv tilbakemelding fra hjelpere, familie og meg på aktiviteten i planen. Etter hvert fortalte hun at hun fikk mer troen på seg selv og hun ble mer aktiv og selvstendig i livet sitt.

Min opplevelse av denne informant er at hun opplevde mestring ved at hun fikk positive tilbakemeldinger på hvordan hun jobbet i planen. Det overordna målet er alltid å sette brukeren, eventuelt i samarbeid med andre, bedre i stand til å hjelpe seg selv (Eikeland & Heggen, 2007. s. 83). Informanten opplevde også at hun ikke fikk den råderetten og hjelpen hun ønsket. Hun tok selv et personlig ansvar for planen sin og utviklet ved dette troen på deg selv, noe som er en form for empowerment.

Jeg leste av planen at jeg var forferdelig dårlig for en måned siden. Jeg greide å mestre den situasjonen. Godt å se det, det gjør meg sterkere.

Jeg opplever at individuell plan har økt liksom mestringa i livet mitt (Kvinne, 32 år).

Denne informant hadde en ”med koordinator”, som tok over koordinatorfunksjonen når informant ble syk. Dette var definert som en kriseplan.

Informanten hadde laget en kriseplan som lå i den individuelle planen, som var sammenfattet i samarbeid med koordinator. I kriseplanen var det definert tiltak, som for eksempel gikk på hvem som skulle ta kontakt med hvem, og eventuelt hvem som ordnet med at institusjonen fikk tilgang til planen ved en eventuell innleggelse. Det sto ikke at koordinatoren kunne eller burde, men at hun skulle gjøre det som sto skrevet. Institusjonen ville da enkelt kunne se hva det hadde vært jobbet med i planen og ikke minst at en kunne holde kontakt med hjelperne i kommunen ved å logge seg inn i planen. Informanten fortalte at det var ikke enkelt å fortelle ting når en var dårlig, og at det var godt at andre tok over i slike situasjoner. Det er nok av eksempler på at vi må gjenta ting til det kjedsommelige sa hun.

Informanten fortalte at hun ikke hadde fått bruk for kriseplanen ennå, da innleggelse ikke hadde vært aktuelt. Disse to informantene opplevde at når de som brukere ble aktive i planarbeidet kom hjelperne mer på banen. Men de sa også at det var de som drev planen, og at hadde det ikke vært for dem, hadde det ikke vært noen plan.

4.3.8 Min plan

I forskriften for individuell plan påpekes det at det skal være brukerens plan. Dette var informantene godt orientert om og forklarte at hjelpere var invitert inn i planen deres for å bistå og hjelpe. En kan altså tenke seg at planprosessen også kan skape et eierforhold til planen, slik det beskrevet nedenfor.

Kvinne, 48 år: Det er en av de tingene jeg er mest ivrig på å si, at det er min plan. Alle må skjønne det, alle hjelperne, det er slik, at de ikke kan ta over.

Informanten fortalte at hun skrev inn det hun mente var viktig for seg selv, og ikke det andre mente. Endelig har jeg som bruker fått min egen arena, min egen journal, der jeg har innsyn til en hver tid, i motsetning til mine fagplaner/behandlingsplaner der hjelperne skriver om meg. Hun opplevde at hun ikke har noe forhold til disse planene. Disse planene ligger innenfor spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten sine systemområder. Hun er klar over at hun har innsyn i disse planene, den muligheten ble i liten grad benyttet. Den samme informanten var også opptatt av språket til helsepersonellet. Når fagpersonen skriver bruker de sitt fagspråk og antagelser.

Flere av informantene var opptatt av å skrive på et folkelig, forståelig språk. Dette for at det skulle bli gjenkjennbart i ettertid, og at de etter hvert kunne få et eierforhold til planen. En fortalte at hun var engstelig for å skrive feil i planen, fordi hun hadde skrivevansker.

Kvinne, 32 år: Men nå bryr jeg meg ikke om det, folk forstår hva jeg mener. Jeg tenker som så at skitt, det gjør ikke noe for jeg ser at andre gjør det også.

Jeg mente det var min plan og da måtte jeg få lov til å skrive det jeg ville og ikke det koordinatoren mente. Jeg opplevde at koordinatoren sletta det jeg hadde skrevet. Jeg opplevde også at hun hadde skrevet planen og så ba de meg om å skrive inn det hun sa. Jeg kunne ikke bruke ordene hun brukte.

Denne kvinnen erfarte at koordinatoren tok seg til rette i hennes plan, og slettet det hun hadde skrevet. Informanten fortalte at hun hadde tatt dette opp med koordinatoren og at det var hennes plan, og at hun ville skrive inn ting på sin måte slik at det ble forståelig for henne.

Informantene opplevde at planen ble skrevet av koordinatoren med deres formuleringer. Fagfolkene skrev på sitt fagspråk der de brukte ord og formuleringer som informantene hadde problem med å forstå. I de planene der koordinator skrev, var ordbruk og formulering annerledes enn informantens. Træfjord og Hatling (2004) utfordrer hjelperne til å bruke et språk og begrep som oppleves meningsfullt og er forståelig for brukere.

4.3.9 Oppsummering

SamPro har gitt informantene med egen pc muligheten til å jobbe på en annen måte med sin individuelle plan, da planen er tilgjengelig via internett. Ved at planen ligger via internett gis informanten og deres hjelpere mulighet til å samhandle på tvers av faggrensene og forvaltningsnivå. Varierende datakunnskap har ikke vært hindringer for informantene. Alle har arbeidet med innholdet i planene i varierende grad. De fleste informantene var skuffet over hjelperne, de savnet støtte og hjelp fra dem i planarbeidet. Informantene formidlet at jeg som støtteperson og drahjelp, har vært viktig for å bli stimulert til å jobbe med planen. Flere var opptatt av at en må starte planarbeidet med enkle ting, som mål og tiltak på dagligdagse ting.

Som en følge av at informantene fikk lite støtte og hjelp fra sine hjelpere og hadde meg som deres støtteperson, utviklet vi annen måte å jobbe på enn vi vanligvis gjør på papir.

Informantene som var sin egen koordinator mente at intensjonen med individuell plan kunne videreutvikles.

Kvinne, 24 år: En kan videreutvikle individuell plan slik jeg bruker den, i tillegg til den overordnede, hver enkelt må finne sin egen måte å bruke den på.

Flere nevnte at å samhandle på nett er fremtidsrettet, verden går tross alt videre, det er slutt på blyant og papir.

Fire av informantene opplevde at nettbasert individuell plan hadde gitt dem muligheter til å jobbe mer konstruktivt, mer målbevisst med eget liv, og de opplevde økt livskvalitet. Gjennom planen hadde flere utviklet en egenerapi og derigjennom opplevelsen av et eierforhold til planen. Informantene som var sin egen koordinator, opplevde en form for myndiggjøring ved at de tok og fikk et personlig ansvar i planen.

En fordel ved å bruke nettbasert individuell plan er å slippe å ta med seg en masse papir. En hadde alt en trengte samlet på datamaskinen.

De som tidligere hadde hatt en papirplan opplevde det mye lettere å arbeide på nettet. De fortalte de tidligere sjelden så papirplanen, og at de opplevde at de ikke var delaktig i den.

Flere nevnte de ikke ønsket å gå tilbake til en papirplan. De begrunnet dette med å gå tilbake i tid, til blyant og viskelær. De mente at nettbasert individuell plan var midt i blinken for ungdommen som behersker data.

Informantene hadde også ønsker om forbedringer i dataverktøyet. De ønsket seg et rom i planen som bare de kunne ha tilgang til. Der de skrive ned helt private ting. De begrunnet dette med at dette kunne fungere som selvterapi. En hadde forslag om at det hadde vært fint å legge inn bilder både av seg selv og tjenesteyterne sine, og mente at det ville satt et mer personlig preg på planen.

De mente at dette bare var begynnelsen, etter hvert som flere tar i bruk verktøyet vil individuell plan utvikles ut fra individuelle hensyn.

5.0 DRØFTING

I dette kapitlet vil jeg drøfte hovedfunnene opp mot problemstillingen, teori og tidligere forskning. Ved dette vil jeg forsøke å tydeliggjøre informantenes erfaringer med individuell plan relatert til brukermedvirkning og myndiggjøring og eventuelt hva som har forårsaket dette, spesielt med fokus på om det er forskjeller hos informantene som har hatt egen pc og ikke.

5.1 Ble planene basert på brukermedvirkning?

Individuell plan skal tilrettelegge for individuell brukermedvirkning. Planen innebærer at det skal være fokus på samarbeid og koordinering på tvers av faglige og administrative skillelinjer, og på tvers av sektorer, etater og nivå. Hensikten er å forbedre pasientens livskvalitet og realisere/mobilisere ressurser. Brukermedvirkning i individuell plan er altså relatert til om og eventuelt hvordan informanten, koordinator og andre hjelpere har samarbeidet i planene. Jeg vil her drøfte om arbeidsformen individuell plan har medført brukermedvirkning i praksis.

Et av hovedfunnene var at informantene formidlet markante forskjeller i forhold til deltagelse av koordinator og andre hjelpere i planen. Særlig var forskjellen stor mellom de med og uten egen pc, hvor de uten egen pc opplevde lite eller ingen innflytelse og deltagelse i sin individuelle plan. Derimot opplevde alle med egen pc medvirkning, selv om det også her var ulik opplevelse av deltakelse i planarbeidet. Flere av informantene uten pc gav imidlertid uttrykk for at de kunne tenke seg å ta mer styring over og å være mer delaktig i egen plan, hvis de fikk anledning til det av koordinatoren. Det vil være interessant å se nærmere på bakgrunnen for disse forskjellene. Kan de relateres til egenskaper ved *informantene*, til *koordinatorrollen* slik den ble praktisert, eller til selve *verktøyet*?

Informantene

Alle informantene bortsett fra en var motivert for å arbeide med individuell plan. Begrunnelse for dårlig motivasjon kan være svingninger i psykisk helsetilstand. En kan tenke seg at pasienter i dårlige perioder ikke er i stand til å arbeide med eller samarbeide med andre om individuell plan. Artikkelen av Michaelsen, m.fl., (2007) som omhandler samme pasientgruppen som dette studie, trekker fram at brukerne med alvorlig psykiske lidelser og

med langevarige institusjonsopphold, kan ha utviklet en passiv og avventende holdning til tjenesteapparatet.

På tross av dårlige perioder, handler det om å være oppmerksom på hva informantene prøver å formidle, faktisk at de ønsker å medvirke. Det blir da viktig å respektere at den enkelte informant kan trenge tid på å komme i gang med prosessen, samt har dårligere perioder hvor en ikke fungerer så godt.

I området psykisk helsearbeid syns brukermedvirkning spesielt vanskelig å få til, grunnet at mange hjelpere over tid har utviklet en lave forventning til deltagelse fra brukere. Det at koordinator inntok den aktiv rollen i planarbeidet kan være uttrykk for dette. Dette kan medføre at informantenes stemme ikke ble hørt. Fredriksson (2006) sier hjelpere har en utfordring i å ta brukerne på alvor, respektere hans eller hennes beskrivelse av virkeligheten og legge brukerens ønsker og mål til grunn for bistanden som ytes.

Koordinatorene

Funn fra denne studien viser at individuell plan ikke var forankret hos koordinatorene.

Informantene uten pc slapp lite eller overhodet ikke til i planarbeidet. Koordinatorene syntes å innta det en kaller en "ekspertrolle". Koordinatorene inntok en dominerende rolle i å skrive planene uten dialog med brukerne. I disse planene jobbet koordinator alene, det vil si at ingen andre hjelpere deltok. Tidligere har jeg beskrevet at ordningen med individuell plan ble innført på grunn av kritikk av profesjonene og den profesjonelle rollen. En skulle legge til rette for brukernes medbestemmelsesrett, noe vi ser lite av i planene til de uten pc. Forskning viser at brukere får best hjelp når de blir behandlet individuelt. Med det menes at etablering av gode relasjoner skaper håp hos brukeren, som videre gir symptomstrøring og symptomkontroll (Vatne, 2006. s.116).

Det at koordinator ble alene med ansvaret om individuell plan er dokumentert i flere studier. Årsaker beskrives å være at hjelpere har begrensede handlingsrom på grunn av manglende ressurser, det er for lite diskusjoner i ansvarsgruppene om hvordan en kan arbeide sammen og lite fordeling av ansvar (Thommesen, m.fl., 2003; Michaelsen m.fl., 2007; Vold Hansen, 2007).

Vold Hansen stiller spørsmål ved om den profesjonelle rollen har endret seg som følge av individuell plan. Han beskriver at koordinatorene ser seg selv i en spesiell rolle overfor den en skal være koordinator for. Han opplever et stekt engasjement fra koordinatorene om å ivareta brukernes rettigheter. En kan tenke seg at koordinatorene opplevde at de hadde en spesiell

rolle i forhold til sine brukere, men planarbeidet ble ikke tilrettelagt i forhold til informantens medbestemmelse for mulig brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid.

SamPro som verktøy, og bruken av det.

Årsaken til de store forskjellene informantene beskriver, kan være relatert til egen pc, opplæring av verktøyet og en ny måte å samhandle på i planen. Informantene med egen pc beskrev dette som avgjørende for å kunne medvirke aktivt. Tilgjengelig pc gjorde det enklere å samarbeide og samhandle, ikke minst at informanten hadde mulighet til å medvirke i planen når en selv var motivert. Med medbestemmelse menes situasjoner der informantene får anledning til å delta i beslutningsprosesser, men hjelperne tar den endelige beslutningen (Vold Hansen, 2007). Denne nye måten å samhandle på resulterte i at de inntok en ny rolle som brukere, som resulterte i at de ble mer aktive i sitt eget liv.

I planarbeidet til informantene med pc, ble det lagt vekt på støtte og opplæring, basert på en rolle som bar preg av å ikke overta for pasienten, altså en "ikke ekspert". "Puffet" som planarbeidet medførte var en kontaktform som bar preg av en individuell oppmuntring og støtte, på en vedvarende måte. Det vil si at en ikke slapp taket i brukeren, selv om en ikke fikk tilbakemelding. Den vedvarende kontakten skjedde i form av meldinger som inneholdt oppmuntring, spørsmål om hvordan det gikk, samt svar på brukerens spørsmål. Denne formen for tilgjengelighet for hjelperens meldinger, ble opplevd som svært viktig for dem. Både i undervisningen og oppfølgingen ble det lagt vekt på tillit, åpenhet og likeverd i dialog, noe informantene opplevde som brukermedvirkning. Det er nærliggende å tenke at denne rollen ligner den som er beskrevet som partnerskap.

I planene til de med pc ble det lagt vekt på informantenes medvirkning og støtte og opplæring. "Puffet" skjedde via meldingssystemet i SamPro. Meldingssystemet førte til brukerne opplevde trygghet ved at de hadde mulighet til kommunisere med hjelperne sine. I følge Tosterud (2007) er det behov for et slikt meldingssystem fordi hjelperne ikke har lov til å sende sensitive/personopplysninger via "åpne" kommunikasjons - løsninger som e-post. For utveksling av personrelatert informasjon kan brukerne benytte telefon eller papirpost, og internt i den enkelte etat kan de benytte interne meldingssystemer i sine fagsystemer. Mellom deltagere i en plan i SamPro vil meldingene være i en sikker meldingsløsning som går på tvers av etater og fagsystem.

Denne måten å samhandle på i planen skapte et vendepunkt hos enkelte av informantene, ved at de fikk troen på seg selv og begynte å jobbe mer målbevisst med eget liv. Vendepunkt

kommer ofte når de som trenger hjelp opplever et menneske som gir dem tillit og håp og bekræftelse, som har tålmodighet til å være hos dem over tid, og skaper en atmosfære av åpenhet (MacGillivary & Nelson, 2006).

Dette førte til at spesielt to informanter utviklet en form for kyndighet. Gjennom dette kunne de også lære opp andre hjelpere og brukere i verktøyet og denne måten å jobbe på i planen.

Informantene med egen pc inntok en mer aktiv rolle i planen, de opplevde samhandling, men de arbeidet i varierende grad med innholdet. Derfor kan jeg ikke med sikkerhet konkludere at alle informantene med egen pc og som har fått støtte og opplæring opplevde

brukermedvirkning. Verktøyet ble i liten grad brukt av hjelpere til informantene uten pc.

Richter påpeker (2006) at alle deltagerne i en ansvarsgruppe er avhengig å bruke verktøyet for at SamPro skal bli brukt.

For å oppnå medvirkning viser funnene, som også støttes av internasjonal forskning at det er nødvendig med et rolleskifte i retning av innholdet i det som ligger i partnerskapsrollen.

Funnene viser også det er sammenheng med brukerens tilstand, om de er motiverte, koordinator som partner, og verktøyet som gir lettere muligheten til samarbeid og samhandling (MacGillivary & Nelson, 1998).

Videre synes informantene som opptrer som egne koordinatører å ha utvikle empowerment.

5.2 Utvikling av empowerment er basert på partnerskapsrolle

Partnerskapsrollen er en samarbeidsform med fokus på gjensidighet og likeverdighet i relasjonen, der kunnskapen til brukere og hjelpere likestilles. Hjelperne blir støttepersoner på bakgrunn av sin fagkunnskap. Det handler om å legge til rette for at brukerne skal føle seg trygge nok til å komme til orde med sine tanker og ønsker, mens hjelperne selv bevisst anstrenger seg for å tømme hjernen for innlærte faglige løsninger. Tiltakene iverksettes ut fra brukernes behov og i samarbeid med dem (Vatne, 1998; Mac Gillivary & Nelson, 2006). Ved slik samarbeid ser vi at hjelper gir fra seg ansvar og makt, og at partnerskapet skapes gjennom gjensidig dialog og forståelse.

Brukerne er ikke bare et kasus, men en person med ulike roller og egenskaper. Det blir derfor viktig å møte brukeren der problemene oppstår, i deres sosiale sammenheng, i motsetning til en person som har en rekke symptomer på sykdom (Gibson, 1991).

Askheim (2005) beskriver empowerment som den prosess som er nødvendig for å styrke og aktivere menneskets egenkraft. Det handler om mobilisering av egen kompetanse, styrke, innsikt, erfaringer og egen vilje og evne til å mestre eget liv. Det innebærer at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra egen situasjon, finne egne løsninger, gjerne i fellesskap med andre.

Han hevder at empowerment både har en individuell og en strukturell dimensjon. Individuelle faktorer handler om selvtillit, selvbilde, kunnskap og ferdigheter, som utstyret individet med personlige ressurser. Den strukturelle derimot omfatter samfunnsmessige faktorer innebærer politikk, økonomi, rammebetingelser, maktforhold etc. Disse to dimensjonene er gjensidig avhengige av hverandre. Det betyr at sammenhengen mellom den enkeltes livssituasjon og samfunnsmessige og strukturelle forhold, kan bidra til å forsterke problemene må identifiseres, bevisstgjøres og motarbeides. Det vil altså handle om å styrke bruker som enkeltindivid slik at vedkommende gis økt makt og myndighet i eget liv og arbeide for å øke brukernes rettigheter og muligheter for deltagelse og innflytelse i samfunnet.

En kan tenke seg at denne form for tilnærming krever en bevisst holdning både til egen profesjonsrolle og til hvordan man forholder seg til de brukerne man skal hjelpe (Anderson & Funell, 2005).

Brukerne har mye kompetanse på det å håndtere hverdagsproblemer og ulike utfordringer i livet ved at de har en alvorlig psykisk lidelse som er viktig å lytte til. Både hjelpere og brukere er "eksperter" og har ulik kompetanse som bør legges til rette og likestilles i arbeidet med individuell plan (Gibson, 1991; Tveiten, 2006).

Litteraturen beskriver at det forutsetter en type kyndighet å arbeide i et partnerskap. Forfatterne mener at dette handler om å la brukerne få tid til å utvikle seg i en prosess, hvor de profesjonelle oppmuntrer dem til å mestre forhold ved livet sitt selv. Dette handler om å utvikle kyndige tilnæringsmåter (Vatne, 1998; Borge, 2000; Tveiten, 2006; Michaelsen m. fl., 2007).

For å oppnå et partnerskap beskriver litteraturen at den profesjonelle må endre rollen sin fra å være ekspert til å bli en person som arbeider sammen med pasienten, noe som er en forutsetning for at pasienten selv kan skaffe seg nødvendig innsikt, kunnskaper og ferdigheter (Askheim, 2005; Ekeland & Heggen, 2007).

I artikkelen fra samme studiet, som er basert på samme informanter, beskrives en utvikling av brukerkyndighet hos disse pasientene, gjennom samarbeidet om individuell plan (Michaelsen, m. fl., 2007).

Funn fra dette studiet viser at informantene som fikk støtte og opplæring i dataverktøyet, og hadde egen pc, forteller at de ble mer motiverte. De opplevde et partnerskap med den som gikk inn i rollen som koordinator.

Empowerment utligner maktforholdet mellom brukere og hjelpere. Det handler om å gi makt til informantene, eventuelt mer makt, til de som har lite fra før, men som burde hatt mer eventuelt i et partnerskap i individuell plan. Målet er å styrke den enkeltes forutsetninger for å endre uheldige forhold slik at de kan bli bedre i stand til å styre sitt eget liv mot egne mål og behov (Eikeland & Heggen, 2007. s.86).

Ifølge Vatne (1998), ser en at hjelpere som har fokus på empowerment er mer opptatt av å finne løsninger enn å vektlegge problemer. Oppmerksomheten i relasjonen blir flyttet fra å jobbe med svikt, til å fokusere på informantens styrke, evner og rettigheter.

I et partnerskap må hjelpere gi fra seg makt for at brukere skulle bli i stand til å styre sitt eget liv. Med dette brukte helperne sin myndighet på en annen måte.

Myndigheten handler også om å ha tillitt til seg selv som helper og makt til å handle ut ifra profesjonell kyndighet (Vatne, 2006). Kyndighet innebærer for det første generell og spesiell kunnskap som gir forståelse om hva enkelte brukere sliter med gjennom dialog.

Borge (2002) bekrefter at den profesjonelle må stimulere brukere til forståelse gjennom dialog, samvær og gjensidig påvirkning (Borge, 2000).

Videre forutsetter det kyndighet i å praktisere anerkjennende tilnæringsmåter. Det handler om at hjelpere har profesjonell myndighet til å handle.

Funn fra denne og lignende studier viser at de som opplevde empowerment i sterkere grad tok kontroll over sine egne liv ved at de begynte å jobbe med konkrete problemstillinger som de ønsket å forbedre. Ved dette uttrykte de at de opplevde mer kontroll og medbestemmelse til å ta vare på sin egen helse (Tveit 2006; Eikeland & Heggen, 2007).

Myndiggjøring har gitt tjenestemottakerne en økende grad av mestringsopplevelse, og styrking av selvilde ved at de får økt kunnskap og ferdigheter.

De fleste med egen pc erfarte i varierende grad en form for myndiggjørende prosess ved at de fikk medbestemmelse og økt kontroll i livet sitt. Størst myndiggjøring skjedde med informantene som ble sin egen koordinator. De utviklet en individuell bevisstgjøring i eget liv som resulterte i utvikling av personlig styrke. Med god kunnskap om verktøyet, utviklet de etter hvert ny kompetanse og oppdaget flere muligheter ved å bruke SamPro. De hadde utviklet en kyndighet som de brukte ved at de tok ansvaret for å lære opp hjelpere i sin egen plan og andre brukere. De gikk ut og deltok i samfunnet som samfunnsborgere, en kan si at de opplevde empowerment på samfunnsnivå. I følge Askeheim har den enkelte blitt i stand til å oppheve ulikhet, urettferdighet og undertrykking som danner utgangspunktet for handling. Maktdimensjonen står sentralt i empowerment og den ble gitt og tatt tilbake av den avmektige.

I empowerment sees brukerne som borgere av et samfunn med de rettigheter, muligheter og plikter det innebærer (Borge, 2000; Askheim, 2005).

Studiet viser at informantene som var sin egen koordinator, fikk mer tro på seg selv, følelsen av mestring økte og de opplevde å få mer kontroll i livet sitt. De beskrev partnerskapet i SamPro som en trygghet som gav dem motivasjon til å jobbe med eget liv. Bakgrunnen for denne myndiggjøringen er prosessen den enkelte opplevde. Fra å starte og delta i planarbeid, til etter hvert å få tiltro og mulighet gjennom dialog med sine hjelpere, til å ta ansvar og etter hvert å få makt til drive sin egen plan. De hadde selvgående planer, med det menes at de i dårlige perioder opplevde å ikke være like aktive, men greide å hente seg opp igjen.

Partnerskapsrollen gjorde at de utviklet noe nytt.

En skal kanskje være forsiktig med å generalisere denne måten å jobbe på, om dette passer for alle. Allikevel kan en tenke seg at brukere som har egen pc, som får støtte og opplæring i et partnerskap, vil ha stor nytte av å arbeide med sin individuelle plan.

Disse prosessene er resultat av en myndiggjøring.

Det har vært en generell kritikk mot helsetjenesten at hjelpere snakker om og ikke med brukerne (Vatne, 1998).

Bedring kan i den forstand oppmuntre til en mer åpen dialog for hvordan vi forstår lidelsen (Jensen, 2002).

Ved å ha fokus på empowermentsperspektivet og samarbeidet mellom bruker og hjelper som bar preg av et partnerskap, utviklet studiet ny kunnskap som resulterte til bedring av informantens psykisk helse.

5.3 Individuell plan, en form for selvterapi?

På bakgrunn av funn, reiser jeg spørsmålet om arbeid med individuell plan slik enkelte brukere brukte planen, kan innebære en form for utilsiktet konsekvens, en selvterapi. Dette gjelder spesielt de informantene som var sin egen koordinator. En av informantene som var sin egen koordinator brukte individuell plan for å skrive seg ut av problemene sine. Det opplevdes trygt og beroligende å skrive inn det som var vanskelig i situasjonen. Hun beskrev følelsen og smerten hun opplevde usensurert og hudløst, en form for realitetsorientering. Situasjoner som dette kunne være vanskelig å beskrive i etterkant, hvis det var lenge til neste konsultasjon. De utviklet en ny terapeutisk mulighet og brukte sin individuelle plan på en annen måte enn det som ligger i loven. Den andre informanten som var sin egen koordinator opplevde en tilfriskning ved at hun jobbet med dagligdagse aktiviteter. Gjennom individuell plan ble det tydeligere hva hun mestret og ikke, opplevde etter vært en bedring av psykisk helse. Dette var et nytt og overraskende funn i studiet.

Denne beskrivelsen av bedring kan settes i sammenheng med det engelske begrepet *recovery*, som betyr å komme seg i forbindelse med sykdom. Litteraturen beskriver *recovery* som individuelle bedringsprosesser hvor bruker utvikler en måte å leve på tross vansker lidelsen medfører. En skiller bedring som: en bedring, som innebærer fravær av innleggelse i institusjon i et visst tidsrom, er å komme seg sosialt (*social recovery*), at hjelper klarer å håndtere sin situasjon selv om ubehaglige sykdomssymptomer forekommer. Den tredje måten å definere bedring på er å være helt bra (*total recovery*), som innebærer fullstendig fravær fra psykotiske symptomer (Vatne, 2006).

Bedring handler om personlige prosesser om å komme videre, der en integrerer de erfaringer som livet har gitt en beskriver bedring som veivalg, om subjektive erfaringer, der det kan gå både opp og ned. Bedring er sterkt knyttet til enkeltmenneskets egen aktive innsats samt god støtte og samarbeid fra hjelpere. En kan ikke bli *recovered* av andre. Bedring handler om ikke å gi seg (Jensen, 2002; Borg og Topor, 2003; Vatne, 2006).

Informantene som var sin egen koordinator opplevde å komme seg ved utviklingen av denne form for selvterapi i planen. Bedringen gjorde at de opplevde styrket selvbylde, den bar preg av at de hadde funnet måter å mestre livet på som resulterte i at de forsto mer hva som skjedde i eget liv. Tross ubehagelige følelser som for eksempel angst, behersket de sin sosiale situasjon bedre og beveget seg mer ut i samfunnet. Politisk ble de en ressurs ved at de engasjerte seg i opplæring av andre. De opplevde en *social recovery*.

Informantene med egen pc, formidlet viktigheten av vedvarende kontakt og samarbeid, der en fikk støtte og oppmuntring som viktig i bedringsprosessen.

Borg og Topor (2003) formidler at hjelperne i enkelte sammenhenger kan ha liten betydning i bedringsprosessen. Andre forhold kan bidra til at mennesker med psykiske lidelser kommer videre: å klare et jobbintervju, delta i frivillige organisasjoner, få seg hund eller gudstro.

I denne sammenhengen blir hjelpere mer akseptert hvis de utvidet rollen sin som hjelpere og gjorde noe overraskende. Eksempel på dette kan være hjelperne som var med å utvikle den terapeutiske muligheten i SamPro til informantene som var sin egen koordinator.

Individuell plan skal være en overordnet plan. Det vil si at den skal gripe over alle tjenesteområder og forvaltningsnivå. Det forutsetter at de ulike hjelperne har utarbeidet egne detaljerte planer, som behandlingsplaner/fagplaner. Individuell plan skal være enkel og oversiktlig, den skal ikke omfatte detaljer (Sosial – helsedepartementet, 2005).

Hvilke praktiske konsekvenser kan denne nye måten å jobbe på få?

Michaelsen m. fl.,(2007) mener at individuell plan som verktøy kan bidra til prosesser der brukere får muligheten til en mer aktiv rolle i utformingen av sitt eget liv. Denne måten å jobbe på gjør at vi som hjelpere også kan jobbe mer effektivt. Som helper kan en i forkant av en time lese seg opp på det som er sendt via SamPro, da vil bruker og helper få samme utgangspunkt til terapitimen.

I Veileder for psykisk helsearbeid (2005) beskrives individuell plan som en mulighet for et godt samarbeid med bruker som kan bidra til terapeutisk effekt, som bedre selvbilde, større tro på egne ressurser og styrket håp om positive endringer.

Å ha fokus på brukermedvirking medfører at hjelpere må endre sin tradisjonelle måte å jobbe på. Funn fra tidligere studier (Vatne, 1998; Thommesen m. fl., 2003; Vold Hansen, 2007) beskriver at brukere opplever at hjelperne møter dem på en annen måte nå enn tidligere. Ifølge Vatne (1998) utfordres hjelperne til å se gamle problem på en ny måte og til å endre atferd og samhandlingsformer ved å ha brukermedvirkingsfokus.

Studier viser at individuell plan fortsatt er i startgropa etter sju år (Fredriksson, 2006; Michahelse, m. fl., 2007; Vold Hansen, 2007;).

Kan det tenkes at den måten sosiale myndigheter forstår verden på, når det gjelder hensikten med individuell plan, ikke stemmer med hva informantene selv opplever som virkningsfullt?

5.4 Individuell plan - bør forankes på systemnivå og individnivå

Sentrale myndigheter innførte Individuell plan med den hensikt å forbedre helsetilbudet for brukere med behov for sammensatte og koordinerte helsetjenester. Gjennom stortingsmeldinger og sentrale rapporter (Stortingsmelding nummer 25) ”Åpenhet og helhet” og (Stortingsmelding nummer 21), ”Ansvar og Mestring” ble det påpekt at tjenesteapparatet er for oppstykket og dårlig koordinert. En opplevde at brukere ble ”kasteballer” mellom systemene. Resultatet av dette ble at Stortinget i 1999 ba Sosial- og helsedepartementet om å utarbeide et lovverk og retningslinjer for individuell plan, for å bedre samarbeidet med samordning av tjenester til enkeltpersoner med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Funnene fra denne og andre studier viser at loven ikke har medført disse endringene, og en kan spørre hvorfor. Erfaringer fra denne og andre studier er at organisering av dette arbeidet virker tilfeldig, og overlatt til enkelthjelpere (Thommesen m. fl., 2003; Træfjord & Hatling, 2004; Michaelsen m. fl., 2007; Vold Hansen, 2007).

Individuell plan er ikke godt nok forankret i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Ordningen med individuell plan skal være et felles ansvar og krever derfor en forankring i ledelsen, altså på systemnivå. Forankring er blitt et svært vanlig ord i planlegging og utviklingsarbeid, fordi det peker på en nødvendighet om at viktige aktører må ha kunnskap, interesse og opplevelse av forpliktelse knyttet til gjennomføringen av et arbeid.

En kan her tenke seg forankring av individuell plan, både på systemnivå og individnivå, for eksempel at det utvikles et forpliktende samarbeid på tvers av fagområder og forvaltningsnivå. Dette er også hevdet av andre forskere som sier at ”Viktige aktører” både politisk, administrativt, faglig ledelse og fagfolk må forplikte seg til å forankre og etterspørre arbeidet med individuell plan (Berge & Lorentsen, 2003:1; Træfjord & Hatling, 2004; Myrvold & Helgesen, 2005).

Vårt helsesystem tilhører det Habermas kaller en systemverden. Det vil si den verden hvor regler og standarder styrer menneskes handlinger, midlet blir teknisk problemløsning, som for eksempel økonomi og lover.

Filosofen Habermas (1929-2005), begrunner handlinger i systemverden i forhold til hva som er mest effektivt og nyttig i situasjonen. Derfor kjennetegnes systemverdens kunnskap i motsetning til livsverden ved et utenforperspektiv, hvor aktørene er tilskuere til det som skjer (Vatne, 1998).

Et viktig spørsmål er her om sentrale myndigheter har forespurt hjelpere om de ser ordningen med individuell plan som et gode. Slik jeg ser det har brukere blitt spurt, men ikke hjelpere. Sentrale myndigheter har konstruert nye roller som for eksempel koordinatorrollen. De har innført nye tilnæringsmåter som brukermedvirkning som virkemiddel for at brukerne skulle få et bedre helsetilbud. Alt dette uten at de har etterspurt dette fra hjelperne. Hjelpere kan oppfatte det slik at ordningen er trødd nedover hodet på dem, noe flere sier (Michaelsen, m.fl., 2007; Vold Hansen, 2007).

Brukere og hjelpere representerer ulike verdener

Ut fra Habermas teori kan brukere og hjelpere forstås som å eksistere innenfor ulike verdener. Når det gjelder å oppnå brukermedvirkning som er basert på dialog, forutsetter dette at en deler opplevelser og oppfatninger innenfor de ulike verdener (Vatne, 1998), brukernes livsverden og hjelpernes systemverden.

Dersom en skal oppnå dialog om ulike oppfatninger, særlig dersom det er konflikt mellom forståelsen av situasjonen, bør samtalen være herredømmefri. Med det menes at partene i samtalen skulle være likeverdige, som igjen vil si at en deler et felles språk, at alle har rett til å komme med sine argumenter, og at det beste argument skal vinne fram i samtalen (Thornquist, 2002). Habermas har blitt kritisert for at dette kan være utopi. Skal arbeidet med individuell plan fungere må maktforholdet mellom brukere og hjelpere likestilles, og samarbeidet må ha fokus på brukermedvirkning og empowerment tenkning.

Brukermedvirkning er nedfelt i lovs form som en rettighet i helsetjenesten, men det vil være hjelpere som vurderer når og på hvilke områder brukermedvirkning skal skje. Ved ulike oppfatninger kan det være lett at hjelper tar styringen.

Innføring av ny pasientrettighetslov kan være et skritt i riktig retning når det gjelder endring av den tradisjonelle maktbalansen. En kan spørre seg om tjenesteyter frykter at fagkompetanse vil bli skjøvet til side når brukeres meninger får en framtrødende rolle i samhandlingen.

Funn fra dette studiet viser at individuell plan fungerer i brukerens livsverden der en jobber i et likeverdig partnerskap med hjelpere, men ikke der koordinatorrollen er preget av systemverdenens kriterier som ekspert og uten dialog. Litteraturen har vært preget av at hjelpere tradisjonelt har vært preget av å ”gjøre for” og ikke ”med” (Michaelsen, med flere, 2007). Dialogen med systemverden og livsverden er vanskelig, hva er årsaker til det?

Kolonisering av livsverden

I følge Habermas skjer det en kolonisering, ved at systemverdens krav til effektivisering og kontroll i form av lover og regler griper inn i livsverden. Systemverdens idealer kan da ta over og invadere de mest sentrale verdiene som livsverden representerer. Ved stadig flere lover og regler, griper systemet om seg og truer livsverden. I en behandlingsprosess kan dette påvirke forholdet mellom brukere og den profesjonelle når den profesjonelles oppfatninger og verdier blir styrende (Aasen, 1999). Ved innføring av flere regler og retningslinjer, kan en tenke seg at livsverden vil få stadig mindre plass. Habermas legger vekt på dialogens muligheter (Vatne, 1998). De profesjonelles oppfatning av behandlingsprosessen blir styrende og dette vil hindre myndiggjøring av brukere.

I motsatt fall kan en hindre kolonisering, ved at bruker blir myndiggjort i sin livsverden til ta styring over sitt eget liv.

For å få til et samarbeid om individuell plan må det være en likeverdig dialog mellom begge partene, altså mellom deltagere i systemverden og livsverden. Funn i studiet bekrefter kolonisering i livsverden ved at dialogen uteble. Skal vi lykkes med individuell plan må dialogen foregå mellom begge parter. Dette vil gi større mulighet og forståelse for viktigheten og nytten av brukermedvirkning, empowerment og partnerskap.

Idealer nedfelt på systemnivå

Alt i 2003 påpekte Thommesen m. fl., at det må foregå et utstrakt samarbeid på systemnivå i forhold til individuell plan. De påpekte hvordan kommunene hadde organisert seg, at det ville hatt innvirkning på hvordan de arbeidet med individuell plan. Det kommunale selvstyre i Norge står sterkt, og kommunene står fritt å organisere tjenestene sine slik de vurderer at det tjener innbyggerne best. Fredriksson (2006) anbefaler at sentrale myndigheter sammen med kommunens organisasjoner, brukerorganisasjoner og fagmiljø utarbeider en handlingsplan. Dette for å kvalifisere kommune Norge, relevante institusjoner og aktører til å utnytte og anvende individuelle planer mer systematisk og målrettet som en måte å arbeide på. Det må bli mer fokus på organisering av individuell plan, kontinuerlig opplæring av hjelpere og brukere, møteplasser/veiledning for koordinatorene, evt. andre fagpersoner, og fadderordninger. Dette kan være idealer som må nedfelles og gjøres på systemnivå.

6.0 KONKLUSJON

Jeg opplevde dataene jeg samlet inn via spørreskjemaene som relevante for problemstillingen min. I intervjusituasjonen var jeg oppmerksom på intervjueffekten, det vil si selve intervjuet / spørsmålene. Under analysen og i intervjuene har jeg vært særlig oppmerksom på om spesielt brukers motivasjon og økt vilje til å være aktiv i eget liv kunne påvirke dataene i positiv retning.

Valget av metode har gitt meg mulighet til undersøke det jeg ønsket å utforske. Studiet har gitt meg ny og spennende kunnskap. Funn fra dette studiet stemmer med tidligere forskning. En skal kanskje være forsiktig med å generalisere, det vil si om dette utvalget er representativt for andre populasjoner, da dette studiet kun er basert på ti informanter.

Studiet har hatt fokus på bruk av nettbasert individuell plan. Målet har vært om informantene erfarte brukervedvirkning og myndiggjøring og hva som eventuelt forårsaket dette, var det forskjeller hos informantene som hadde egen pc og ikke. Innholdet i planene presenterte jeg deskriptivt i tabeller.

Erfaringer fra dette og lignende studier viser at innføring av individuell plan fortsatt er i startgropa. Utfordringene er knyttet til forankring av ordningen og ansvaret både på systemnivå og individnivå. Individuell plan er et felles ansvar der en i samarbeid må utvikle forpliktende samarbeid på tvers av faglige fagområder og forvaltningsnivå. Det oppfordres til kontinuerlig opplæring og veiledning av alle aktører som blir berørt av ordningen i helsetjenesten. Manglende etter spørring og forankring av ordningen gjorde at arbeidet med individuell plan virker tilfeldig, og overlatt til enkelthjelpere. En kan tenke seg at hjelpere oppfatter forskriften om individuell plan som nok en forskrift som de måtte forholde seg til i sin travle arbeidsdag. Ordningen endret ikke forutsetningene slik at en får tid og anledning til å arbeide med individuell plan.

Studiet bekrefter at det er store forskjeller hos brukere med egen pc, som har fått støtte og opplæring, fra de som ikke har fått denne tjenesten.

Koordinatorne til informantene uten pc bar preg av ”ekspertrollen”, de oppfordret lite til samarbeid og medvirkning i planene, og jobbet ikke i et partnerskap. Informantene opplevde ikke brukervedvirkning. Rollen og ansvaret som koordinatoren har, må tydeliggjøres slik at brukervedvirkning blir mulig.

Studiet bekrefter at det er avgjørende å ha egen pc. Informantene med egen pc opplevde tilgjengelig pc, som motiverende. Disse planene bar preg av mer arbeid med innhold og samhandling. Arbeidet forgikk mest mellom informanten og koordinator, lite med øvrige deltagere. Derfor kan jeg ikke være sikker på at alle opplevde brukermedvirkning selv om de hadde egen pc og fikk støtte og opplæring.

Brukerne som fikk støtte og opplæring i planarbeidet, utviklet en ny og mer aktiv måte å jobbe på når de fikk støtte og oppmuntring. Det ble utviklet en samarbeidsform med fokus på gjensidighet og likeverdighet i et partnerskap, som gav enkelte av informantene en form for myndiggjøring.

To informanter utviklet en ny terapeutisk mulighet med individuell plan, en form for selvterapi/egenterapi. Med dette erfarte de en sosial recovery, en bedring av psykisk helse.

Med tilgjengelig verktøy inntok informantene og deres hjelpere en mer aktiv rolle i planarbeidet. Nettbasert individuell plan gjorde samhandling og samarbeid enklere.

I Opptappingsplanen for psykisk helse (St. prp. 63 1997-98) og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten (Sosial- og helsedirektorat, 2004) er brukernes kunnskaper og medvirkning en viktig ingrediens i arbeidet for bedre psykiske helsetjenester. Formidling av brukerens kompetanse har en positiv virkning både på hjelpere og brukere. ”Rollemodeller” kan det gi andre håp og muligheter til å prøve alternative måter å jobbe med individuell plan på. For brukere kan opplevelsen av å være til nytte for andre, være avgjørende både for selvbildet og livskvalitet, altså myndiggjøring. Brukere som opplevde myndiggjøring og utviklet en kyndighet, tok ansvaret og underviste andre brukere og hjelpere i opplæring av nettbasert individuell plan.

Studiet viser at det må skje rolleskifte for å få til brukermedvirkning. Hjelper må endre sin rolle, fra å være ekspert til å bli en person som arbeider sammen med bruker for at myndiggjøring og opplevelse av partnerskap skal være mulig.

Skal vi lykkes med brukermedvirkning må en ta utfordringene det innebærer på alvor, og jobbe frem nye modeller for samarbeid og samhandling. Tar vi utgangspunkt i empowerment vil det bety radikale endringer både av holdninger, roller, kommunikasjon og brukerens innflytelse.

Det kunne vært interessant å prøve ut metoden som ble utviklet av de som var sin egen koordinator på flere brukere, både i psykisk helsevern og brukere med somatiske lidelser. En aktuell problemstilling kan være om denne måten å samarbeide på bidrar til at individuell plan ble mer brukt? Og hvile brukere kan ha nytte av det?

Jeg oppfordrer også til videre forskning på hvordan en kan jobbe i et partnerskap og utvikle gode planprosesser. I planprosessen er det nødvendig å samarbeide med ulike aktører og instanser.

En ide kunne være at spesialisthelsetjenesten og kommunene produserte felles retningslinjer og prosedyrer for hvordan en i fellesskap skal samarbeide og samhandle om dette arbeidet.

7.0 AVSLUTNING

Dette studiet har hatt fokus på erfaringer som brukere har med individuell plan.

Brukermedvirkning er en rettighet brukerne har, men i praksis viser det seg at det er hjelperne som vurderer når, og på hvilken måte og områder brukermedvirkning skal skje. For at brukere i psykisk helsevern skal oppleve empowerment, innebærer det en radikal endring av brukermedvirkning. Det forutsetter likeverdig samarbeid mellom likeverdige parter, der deltagelsen har felles interesse av å forstå hverandres hensikter. En må betrakte hverandre som likeverdige og kompetente partnere.

Funn fra dette og andre studier viser fortsatt til utfordringer vedrørende arbeidet med individuell plan.

Jeg anbefaler nettbasert individuell plan som verktøy, da dette gir deltageren i planene en større mulighet til å samhandle og samarbeide i de individuelle planene. I dag får kommunene tilbud om å kjøpe dette verktøyet, en kostnad som mange kommuner opplever som stor. Kanskje bør sentrale myndigheter støtte kommunene til innkjøp av nettbasert verktøy. Det kan gi kommunene en mulighet til å komme opp fra startgrova.

8.0 REFERANSELISTE

Anderson, R. & Funnell, M. (2005): Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling*. 57, 153-137.

Almvik, A. & Borge, L.(red.)(2000): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Askheim, O. P (1998): *Omsorgspolitiske endringer – profesjonelle utfordringer*. adNotam Gyldendal, Oslo.

Askheim, O.P (2005): *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjerkan, J. (2008): *Individuell plan på kryss og tvers*. Avhandling for doktorgrad pågår.

Borg, M & Topor, A. (2003): *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Branstad, A. (2003): *Fra monolog til dialog. Fra én maktform til en annen? Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget, 162 - 74.

Bredland Langum, E. & Linge, O.A. & Vik, K: (2002) 2 opplag. *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Corrigan, P. W. (2002): Empowerment and serious mental illness: Treatment Partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73 (3) 217-228.

Eikeland, T. J. & Heggen, K. (2007): *Meisting og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Fredriksson, S. (2006): *Utviklingsnettverk – Individuell plan – Personlig koordinator. Kjennetegn og kriterier for god praksis*. Delrapport, Bodø: SKUR. Tilgjengelig fra [URL:http://skur.no/dok/sof/utviklings-nettverk/ip/IP_rapport.pdf](http://skur.no/dok/sof/utviklings-nettverk/ip/IP_rapport.pdf).

Genevieve, E. (1992): The sours and process of empowerment. *Nursing Administration Quaterly*.16 (3) 65-75. Aspen Publishers.

Gibson, C. H. (1991): "A concept analysis of empowerment" *Journal of Advanced Nursing*, 16 254 – 361.

Habermas, J. (1989): *The theory of communication action*. London: Heinemann.

Hansen, G.V. (2007): *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Avhandling for doktorgrad. Karlstad: University studies.

Hauge, H.A. & Mittelmark, M.B. (2003): *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget, 2003.

Heiervang, E & Harvik, E. (2006): *Selvhjelp på internett*. Samarbeidsprosjekt ved Helse Bergen og Universitetet i Bergen. Tilgjengelig fra: <http://www.bt.no/innenriks/article310186.ece>

Hellevik, O. (1977): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen, D. I. (2003): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget AS, opplag 3, Kristiansand S.

Jensen, T. (red) (1990): *Sykepleiens grunnlagsproblemer. Etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norske forlag.

Kvale, S. (2005): *Interview. En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview* Hans Reitzels Forlag. 1 utgave, 12. opplag, København.

Langdridge, D. (2004); *Psykologisk forskningsmetode. En innføring I kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Mac Gillivray, H. & Nelson, G. (1998): Partnership in the mental health. What it is and how to do it. Canada: *Canadian Journal of rehabilitation* 12 (2) 71-83.

Michaelsen, R. & Vatne, S. & Hollingen, A. (2007): Koordinatorrollen ved individuell plan. Fokus på brukermedvirkning og samarbeid. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*. Nr.4.(9).

Myrvold, T. M. & Helgesen, M. (2005): *Kommunenes iverksetting av opptrappingsplan for psykisk helse*. Foreløpige resultat fra tre forskningsprosjekter, Oslo: NIBR-notat:2005:108.

Nervin, J. R. (1974): Laboratory Experiments for Estimating Consumer Demand: A Validation Study. " *Journal of Marketing Research* ".

NOU 2005:3: ”*Fra stykkevis til helt*”. *En sammenhengende tjeneste*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Richter, M. (2006): *Bruk av samhandlingsteknologi i en tverrfaglig gruppe: en case av SamPro*. Masteroppgave. NTNU.

Rolvjord, R. (2004): *Therapy as Empowerment. Clinical and Political Implications of Empowerment Philosophy in Mental Health Practises of Music Therapy*. *Nordic Journal of Music Therapy*.

Sluttrapport, SamPro fase 4 (2006): Et utviklingsamarbeid mellom HMN RHF og Visma Unique.

Sosial- og helsedirektoratet (2001): *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Lov om pasientrettigheter*. Rundskriv IS 12/2004, Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*, Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

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

Statens kunnskaps- og rehabiliteringssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR). Tilgjengelig fra: <http://www//skur.no>. (nedlagt 07.08.2006).

St. melding. nr. 25 (1996 1997): *Åpenhet og helhet*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

St. melding. nr. 21 (1998-1999): *Ansvar og mestring*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Træfjord, 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. Rapport nr. STF78 AO4502.

Tommesen, H. & Nordmann, T. & Sandvin, J. T. (2003): *Individuell plan. Et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.

Tosterud, A. (2007): *Teknologidrevet samhandling i offentlig sektor*. Masteroppgave. NTNU

Tveit, B. (2006): *NSAM Norsk senter for allmennmedisin*. Tilgjengelig fra:
<http://www.uib.no/isf/eyr/2006q1/date.html#23113>.
<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=8152>.

Vatne, S.(1998): 2 opplag. *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektivet*.
Bergen: Fagbokforlaget.

Vatne, S. (2003): *Korrigerende og anerkjenne. Sykepleiers rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Avhandling for doktorgrad. Oslo: Universitetsforlaget.

Vatne, S. (2006): *Korrigerende og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*, Oslo:
Gyldendal Akademisk.

Aase, E. L.(1999): *Fag og ledelse? Hvordan opplever sykepleie ledere å være ledere, hvordan mener de at sykepleietjenesten bør ledes, og hvilke forutsetninger mener de bør være tilstede for ønsket lederskap skal utøves? Hovedoppgave*. Institutt for sykepleievitenskap.
Tilgjengelig fra: <http://home.hit.no/~elisabaa/Hovedoppgave.doc>.

VEDLEGG: 1

Intervjuguid.

- Hva vet du om individuell plan?
- Hvilke erfaringer har du med å jobbe med individuell plan?
- Hvordan har du konkret jobbet med individuell plan?
- Hvordan startet du/dere opp? Kunne det vært andre måter å gjøre dette på? Savnet du noe?
- Har du fått opplæring og hvordan opplevde du det?
- Har du fått planen til å fungere? Hva har vært viktig?
- Hvordan har du opplevd samarbeidet med koordinator?
- Hva har det betydd for deg å få egen pc? (har det påvirket deg til å jobbe annerledes med IP?)
- Hvordan vil du samarbeide med koordinator og andre hjelpere i planen? Vil det bli andreledes nå enn tidligere?
- Har det medført noen endringer for deg å jobbe med individuell plan?
- Opplever du at det er din plan og at dine behov bidrar i planarbeidet, blir du hørt/tatt på alvor i forhold til viktige forhold i livet ditt?
- Vil du si at du har hatt nytte av å ha IP, hvorfor?

VEDLEGG: 2

FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

”Brukererfaringer med nettbasert individuell plan”

Dette studiet er en videreføring av prosjektet ”Myndiggjørende rehabilitering”, et prosjekt i Helse Nordmøre og Romsdal Helseforetak i 2004-2006, som omhandler individuell plan. Her fikk vi erfaringer som viste økning i livskvalitet og mestring av eget liv når brukere fikk støtte og opplæring i individuell plan og bruk av egen pc.

Du har vært en av deltagerne i dette prosjektet, og vi ønsker å spørre deg om du vil være deltager også i foreliggende prosjekt.

Hensikten med dette prosjektet er å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer du har hatt med din individuelle plan.

Vi ønsker å undersøke om det er noen forskjeller på de brukerne som har fått opplæring og har egen pc hjemme, i forhold til de som ikke har fått dette.

Det er av betydning å finne mer ut av brukers erfaringer i forhold til hva det fører til i brukerens liv å jobbe med individuell plan, da dette er en lovfestet rettighet du har, som tidligere har vært vanskelig å få til å fungere.

Metoder

For å få til dette prosjektet, trenger vi din hjelp. Det innebærer at jeg ønsker å intervju deg.

I intervjuet ønsker vi å spørre deg om hvilke erfaringer du har hatt med å arbeide med din individuelle plan. Vi spør også om du har egen pc hjemme og om du har fått opplæring og støtte til å arbeide med individuell plan. Intervjuet vil ta inntil ½ til 1 time.

Du kan selv bestemme hvor intervjuene skal foregå. Vi ønsker å benytte lydopptak i forbindelse med intervjuet.

Opplysninger som vi er interessert i å samle inn fra din individuelle plan er å undersøke hvilke erfaringer du har som har egen pc og har fått støtte og opplæring, som er forskjellig fra de som ikke har fått den tjenesten i arbeidet med individuell plan.

Vi trenger også din tillatelse til å få innsyn i din individuelle plan for å studere innholdet.

Frivillighet

Å delta i prosjektet er frivillig. Du kan også når som helst før prosjektslutt trekke deg fra å delta i prosjektet, dersom du ønsker det, uten å begrunne det. Det at du trekker deg fra prosjektet vil ikke ha konsekvenser for den hjelpen du får.

Taushetsplikt

Forskerne og hjelperne som deltar i prosjektet har taushetsplikt. Vi vil behandle alle opplysningene du gir oss i intervjuene konfidensielt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 21. alle innsamlede opplysninger blir i løpet av prosjektperioden behandlet i aidentifisert form. Det betyr at ditt navn blir erstattet med et nummer (identitetsnummer), og kun prosjektleder vil ha adgang til å koble navn og nummer for å finne ut hvem som har svart hva. Når undersøkelsen er ferdig, senest 31.12.2007, vil alle opplysninger bli anonymisert. Det innebærer at lydopptak og identitetsnummer slettes og at materialet i sin helhet foreligger i en form hvor ingen kan gjenkjennes.

Etiske og faglige vurderinger

Prosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK). Det er også meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Resultatene fra prosjektet vil bli utgitt i en rapport når prosjektet er avsluttet.

(Dersom du ønsker å delta i prosjektet, ber vi deg om å skrive under på samtykkeerklæringen som er vedlagt. Brevet returneres i vedlagte konvolutt. Du vil få kopi av brevet samt samtykkeerklæringen etter at den er underskrevet.)

eller feks : dersom du ønsker å delta i prosjektet ber vi om at du tar kontakt med XXXX på telefon XXXX eller e-post XXXXX

Molde 12 juni 2007

Vennlig hilsen

Anne Hollingen

(prosjektleder)

Adresse: Avdeling for Voksenpsykiatri

XXXX sjukehus

Sted

Telefon:

(Vedlegg: Samtykkeerklæring)

VEDLEGG: 3

SAMTYKKEERKLÆRING

Informasjon

Jeg har lest informasjonen og forstår at deltakelse i dette forskningsprosjektet er frivillig. Jeg er informert om at jeg kan si nei til å delta, og at jeg på hvilket som helst tidspunkt før prosjektslutt 31.12.2007 kan velge å trekke meg fra undersøkelsen.

Et informert samtykke innebærer at jeg:

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

.....
Brukers navn / dato

.....
Prosjektleders navn / dato

Dersom du ønsker ytterligere opplysninger, kan du gjerne kontakte

Anne Hollingen

Telefon:

