



Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

Erfaringer med Individuell Plan: en kvalitativ studie av helsearbeideres bruk av Individuell Plan ved to distriktpsykiatriske sentra.

Arnt H. Olsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 79

Molde, 11.11.10



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Erfaringer med Individuell Plan: en kvalitativ studie av helsearbeideres bruk av Individuell Plan ved to distrikpsykiatriske sentra.

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Arnt H. Olsen

Fagkode: MHS704

Studiepoeng: 30

Årstall: 2010

Veileder: Førstelektor/ PhD, Atle Ødegård

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 11.11.10

Forord

Denne studien er et resultat av en interesse for Individuell Plan og brukervedvirkning som fagområde innenfor egen yrkespraksis som psykiatrisk sykepleier.

Arbeidet med oppgaven har vært interessant og utfordrende, men også til tider krevende ved siden av en travel jobb i psykisk helsearbeid og livet for øvrig.

Jeg vil si takk til de åtte informantene som ville delta i studien. De har vært engasjert, positive og imøtekommende under samtalene.

Jeg vil også si takk til min veileder ved Høgskolen i Molde, Atle Ødegård, som tålmodig har veiledet meg i denne prosessen.

En stor takk til Marianne som har holdt ut i denne perioden. Nå skal det bli mer fritid!

Og takk til arbeidsgiver som har lagt til rette for at jeg kunne ta studiepermisjon underveis.

Kristiansund november 2010

Arnt H. Olsen

Sammendrag

Temaet for denne studien er erfaringer med Individuell Plan: en kvalitativ studie av helsearbeideres bruk av Individuell Plan ved to distriktpsikiatriske sentra. Her vil jeg se på hva som kan bidra til å fremme en mer aktiv bruk av IP i et distriktpsikiatrisk senter, og hvordan dette kan bidra til å myndiggjøre brukerne slik at de opplever eierforhold til en Individuell Plan.

Individuell Plan er en lovfestet ordning og har som hensikt at mennesker med langvarige og sammensatte behov for helsetjenester fra helse- og sosialsektoren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Helsedirektoratet 2010).

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukermedvirkning kan blant annet bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud (Helsedirektoratet 2010).

Det er brukt kvalitativ metode for å belyse tema og problemstilling. Utvalget i undersøkelsen består av åtte informanter. Informantene er helsearbeidere som arbeider i to forskjellige DPS. Metoden som er benyttet for innsamling av data er semistrukturerte intervju.

I analysearbeidet er det brukt en eklektisk tilnærming, det vil si en kombinasjon av temasentrert og kategoribasert analytisk tilnæringsmåte. Ved temasentrert tilnærming sammenlignes informasjon fra alle informanter om hvert tema. Kategoribasert tilnærming innebærer at data samles i grupper. Informasjon om samme tema samles i hver sin kategori.

Resultatene fra studien viser at det kan være utfordringer i forhold til at ordningen med Individuell Plan bør være bedre forankret på systemnivå. Et større fokus på Individuell Plan på systemnivå kan igjen bidra til økt fokus på Individuell Plan på individnivå. Dersom en i større grad hadde greid å fremme bruken av Individuell Plan i DPS, så ville dette kunne ført til økt brukermedvirkning. I så fall kunne dette bidratt til at brukerne i større grad ville fått et eierforhold til Individuell Plan og blitt mer deltagende i egen behandling.

Innhold

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.2.1	Avgrensning og begrepsavklaringer	2
1.3	Oppgavens oppbygning	4
2.0	KUNNSKAP OM IP OG TEORETISKE PERSPEKTIVER	5
2.1	Tidligere forskning	5
2.1.1	Litteratursøk	5
2.1.2	Begreper	5
2.1.3	Resultater og antall treff	6
2.1.4	Kunnskap om bruken av individuell plan innenfor psykisk helsevern	7
2.1.5	Nordisk forskning	7
2.1.6	Internasjonal forskning.....	8
2.2	Teoretiske perspektiver	9
2.2.1	Empowerment og brukermedvirkning	9
2.2.2	Paternalisme	11
2.2.3	Anerkjennelse.....	12
2.2.4	Organisasjon og ledelse.....	13
3.0	METODE	14
3.1	Metodologiske refleksjoner	14
3.2	Undersøkelsens design og gjennomføring.....	14
3.2.1	Forskningsdesign	14
3.2.2	Utvalget	15
3.2.3	Intervju som metode.....	16
3.2.4	Vurdering av gjennomføring av intervjuene	18
3.3	Analyse av intervjudata	19
3.3.1	Transkripsjon	19
3.3.2	Analyseprosessen	20
3.4	Etiske og faglige vurderinger	23
3.4.1	Forespørsel og samtykke.....	23
3.4.2	Frivillighet.....	23
3.4.3	Felles kultur og egen forforståelse	23
3.4.4	Taushetsplikt	24
4.0	PRESENTASJON AV FUNN	25
4.1	Brukernes rolle-IP.	26
4.1.1	Ansvar for IP.	26
4.1.2	Samarbeid om IP.	27
4.1.3	Endringer/ forbedringer i forhold til IP og brukermedvirkning.....	30
4.1.4	Holdninger til IP og brukermedvirkning.....	33
4.1.5	Informasjon – kunnskap om IP	35
4.2	IP – organisering i DPS, rutiner	36
4.2.1	Har IP/ vil ha IP	36
4.2.2	Utarbeide IP ved DPS	37
4.2.3	Ansvar for rutiner – forankret	38
4.3	IP – organisering i DPS, opplæring.....	39
4.3.1	Holdninger til opplæring	39
4.3.2	Resultat av opplæring.....	40
4.3.3	Oppsummering og refleksjon.....	41

5.0	DRØFTING	44
5.1	Brukernes rolle	44
5.2	Ledelse og organisering.....	49
5.3	Forhold mellom ledelsesorientering og brukermedvirkning	53
6.0	OPPSUMMERING OG REFELEKSJONER OVER STUDIEN	58
7.0	REFERANSELISTE.....	62

Vedlegg

Vedlegg 1. Intervjuguide

Vedlegg 2. Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet

Vedlegg 3. Samtykkeerklæring

**Vedlegg 4. Svar på søknad fra Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (NSD)
om godkjenning til å gjennomføre undersøkelsen.**

Vedlegg 5. Tabeller

1.0 INNLEDNING

Mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester innenfor for eksempel psykisk helsevern, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Dette er en sårbar gruppe mennesker som har behov for å bli møtt med forståelse fra hjelpeapparatet. De har behov for å få anerkjennelse i forhold til egne problemer, egen mestring og egne løsningsforsøk. En forutsetning for dette er at hjelpeapparatet arbeider i relasjon med bruker, pårørende og nettverk på en slik måte at brukerne kjenner seg møtt, styrket og forstått (Trefjord og Hatling 2004). Vatne (2006) hevder for eksempel at det må settes hovedfokus på brukerens behov i forhold til hjelpen som skal gis, ut i fra et perspektiv som sier at brukeren er ekspert på sin egen situasjon. Brukeren må altså få anledning til å presentere sitt perspektiv på egen helse. Det er han eller hun som vet best hvor ”skoen trykker”.

1.1 *Bakgrunn for valg av tema*

På 90-tallet ble brukermedvirkning presentert i offentlige utredninger som et viktig virkemiddel for å bedre helsetjenesten og pasientenes rettigheter (Stortingsmelding nr. 50, 1993-1994). I dag setter Helse- og omsorgsdepartementet fokus på å legge til rette for en sterkere brukerrolle. Dette er nedfelt som et sentralt punkt i Nasjonal helseplan. Noe av målet med dette er at brukerne skal få mer kunnskap om tjenestene og at de aktivt skal medvirke og påvirke (Str.prp.nr.1, 2008-2009).

Det er en del år siden Individuell Plan og brukermedvirkning ble innført i helsevesenet. Individuell Plan ble en lovfestet rettighet i 2001 og brukermedvirkning har blitt sterkt vektlagt innenfor helsevesenet siden 1990-tallet, og i dag skal det altså satses på en ytterligere styrking av brukerrollen (Str.prp.nr.1. 2008-2009). Dette gjør meg nysgjerrig i forhold til hvordan helsearbeidere opplever at Individuell Plan og brukermedvirkning fungerer slik det er i dag. Den senere tids forskning på området viser at det er mye som tyder på at hjelpeapparatet i liten grad tar ansvar for å utarbeide Individuell Plan selv om brukerne har behov for dette (Sverdrup, Myrvold og Kristofersen 2007). Jeg har stilt meg selv spørsmål om hva som kan ligge til grunn for at Individuell Plan ser ut til å være problematisk å innføre i praksis. Det dukker opp mange tanker når en reflekterer over

ordningen med Individuell Plan, som blant annet har til hensikt å legge til rette for at tjenestemottakerne skal få anledning til å starte en prosess der brukerne skal få anledning til å gå inn i en aktiv rolle i forhold til utformingen av eget liv (Michaelsen, Vatne og Hollingen 2007).

Jeg har også undret meg over om mangelfull bruk av Individuell Plan kan skyldes for dårlig organisering og ledelse i institusjonene som blir berørt av denne ordningen. Det er slike refleksjoner som ligger til grunn for denne studien.

Som nevnt i forordet, så arbeider jeg innenfor psykisk helsevern som psykiatrisk sykepleier. Jeg ser på Individuell Plan og brukermedvirkning som en viktig del av fagområdet i psykisk helsevern. Dette har vært av stor betydning for valg av tema for undersøkelsen.

1.2 Problemstilling

En av utfordringene vi står overfor i dagens psykiske helsevern er å sette fokus på de profesjonelles holdninger i forhold til pasientens egen evne til mestring (Willumsen 2005). Er de profesjonelle bevisst nok på å slippe taket på ”vi vet best holdningen” og heller fremme og anerkjenne pasientenes tro på egne ressurser? Individuell plan (IP) kan være et virkemiddel for godt samarbeid mellom bruker og tjenesteyter, under forutsetning av at det nettopp legges til rette for brukerens medvirkning. Kanskje kan dette gjøres ved hjelp av større grad av opplæring om IP i institusjonene eller ved at institusjonenes ledelse har stort fokus på utarbeidelse av IP?

Med utgangspunkt i problemstillingen; *Hva kan fremme en mer aktiv bruk av Individuell Plan innenfor et distriktpsykiatrisk senter?* vil jeg se nærmere på hvilke utfordringer vi kan stå overfor i dag.

1.2.1 Avgrensning og begrepsavklaringer

Individuell Plan

En individuell plan skal fungere som et ”verktøy” for å bedre samarbeidet mellom tjenesteytere og tjenestemottakere. Gjennom denne planen skal tjenestemottakerne være sikret å få et individuelt tilpasset opplegg. På denne måten legges det også til rette for at

brukeren kan medvirke i sin egen behandling. Sosial- og helsedirektoratet (2005) hevder at dersom tjenestetilbudet skal bli godt for den enkelte, er det avgjørende at det er tjenestemottakerens egne behov som legges til grunn når planen utformes og følges opp i praksis.

Som nevnt ovenfor, så setter Helse- og omsorgsdepartementet i dag fokus på å legge til rette for en sterkere brukerrolle. Dette er nedfelt som et sentralt punkt i Nasjonal helseplan. Noe av målet med dette er at brukerne skal få mer kunnskap om tjenestene og at de aktivt skal medvirke og påvirke (St.prp.nr.1, 2008-2009).

I følge St.prp. nr. 1 (2008-2009), så viser kartlegginger og tilsynsrapporter at ikke alle som har rett til en individuell plan får dette. Retten til individuell plan, som er nedfelt i flere lover, trådte i kraft 1. Juli 2001. Den er nedfelt i sosialtjenesteloven, pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven, lov om spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevernloven (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Helse- og omsorgsdepartementet (2010) hevder at det ikke finnes nasjonale tall på hvor mange som har en Individuell Plan, men tilsynsrapporter og kartlegginger indikerer at arbeidet med Individuell Plan fortsatt har et stort forbedringspotensial. Dette gjelder både kommune- og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). Dette viser at det er langt mellom idealene og innføring av IP i praksis.

I følge Pasientrettighetsloven § 3-1, så har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

DPS

Som det fremkommer i problemstillingen ovenfor, så vil oppgaven baseres på en kontekst innenfor psykisk helsevern, nærmere bestemt et distriktpsykiatrisk senter (DPS). Et DPS, som nevnt ovenfor, er en psykiatrisk institusjon som er lokalisert utenom psykiatriske sykehus og klinikker og som gir psykiatrisk behandlingstilbud. DPS utgjør sammen med primærleger grunnstammen i det psykiske helsevern. Alle DPS har et poliklinisk tilbud, men mange har også tilbud om dagopphold så vel som døgnopphold. De fleste distriktpsykiatriske sentra vil som et minimum ha tilknyttet psykiater, klinisk psykolog,

psykiatrisk sykepleier og sosionom. DPS gir tilbud til voksne mennesker over 18 år (Sosial- og helsedirektoratet 2006).

Det vil ikke bli fokusert nevneverdig på tjenestemottakeres nettverk og pårørende i oppgaven siden dette ville gjort prosjektet for omfattende. Denne studien handler altså om å arbeide med IP innenfor et DPS.

1.3 Oppgavens oppbygning

I oppgaven vil jeg først presentere en teoridel som inneholder funn fra søk etter tidligere forskning om temaet for oppgaven. Hovedtemaene/ begrepene i søket var, Individuell Plan, empowerment, og brukermedvirkning. Deretter følger en presentasjon av teoretiske perspektiver som empowerment og brukermedvirkning, paternalisme, anerkjennelse og organisasjon og ledelse. I metoddelen begrunner jeg mitt valg av kvalitativ metode som er anvendt i oppgaven, herunder beskrivelser av utvalg, datainnsamling, gjennomføring av analyseprosessen og etiske refleksjoner. Funnene presenteres i eget kapittel. Deretter kommer drøftingen av problemstillingen opp mot teori og tidligere forskning (empiri). Til slutt følger en oppsummering og med noen utdypende refleksjoner over studien.

2.0 KUNNSKAP OM IP OG TEORETISKE PERSPEKTIVER

Her vil jeg presentere teori og relevante begreper i forhold til oppgavens problemstilling. Begrepene empowerment, brukermedvirkning, paternalisme, anerkjennelse og organisasjon og ledelse utmerket seg som sentrale begreper i mitt utvalg av forskningsartikler og litteratur forøvrig.

2.1 Tidligere forskning

Siden IP er et norsk fenomen har jeg valgt å søke etter litteratur om dette gjennom nordiske databaser som Norart, Bibsys og SveMed+. Når det gjelder internasjonal forskning har jeg benyttet databasene Medline og Psychinfo i litteratur søket. Disse databasene ble valgt ut i fra at de alle er relevante i forhold til å finne litteratur innenfor feltet helse- og sosialfag som er knyttet til mitt tema og min problemstilling. Det finnes mange andre databaser som kunne vært relevant i forhold til mitt temaområde, men det ville blitt for omfattende og uoppnåelig å forsøke å omfavne all litteratur som kunne vært nyttig for min oppgave. I tillegg ville sjansen for overlapping vært stor, det vil si at en ville fått treff på de samme artiklene i flere av databasene. Jeg valgte derfor å søke i et begrenset antall databaser. I valg av søkeord må en også være utvelgende for å unngå overlapping. Det finnes andre søkeord og kombinasjoner av disse som også kunne gitt treff på relevant litteratur, men en må forholde seg til et visst utvalg her også.

2.1.1 Litteratursøk

For å kunne danne meg et inntrykk av hva som er gjort av tidligere forskning omkring mitt temaområde, så har jeg søkt opp forskningsartikler. Disse artiklene kan være med å plassere mitt arbeid i forhold til andre forskeres bidrag, og si noe om hvilken tolkningsbakgrunn jeg legger vekt på i oppgaven min (Sørensen 2008). Litteratur søkene ble utført i mars-mai måned 2009.

2.1.2 Begreper

Norske nøkkelord for søk etter litteratur; individuell plan, brukermedvirkning, medvirkning, myndiggjøring, autonomi, selvbestemmelse, psykiatrisk institusjon, psykiatrisk sykehus, psykiatrisk avdeling, distrikt psykiatrisk senter.

Engelske nøkkelord; empowerment, patient participation, user participation, user cooperation, involvement, psychiatric institution, mental institution, psychiatric hospital. Jeg benyttet trunkeringstegn (eks.*) i grunnstammen av søkeord for å utvide søkefeltet og benyttet anførselstegn på søkeord for å spesifisere søk. Et eksempel på dette kan være ”individuell* plan*”, da søker jeg etter ordet i sin helhet i en tekst og med og uten flertall av ordet (ene). Jeg benyttet i tillegg boolsk operator ”or” for å utvide søk og ”and” for å avgrense søk. Jeg kombinerte ulike søkeord med or/ and. For eksempel; brukermedvirkning or myndiggjøring utvider søket, mens brukermedvirkning and distrikt psykiatrisk senter avgrenser eller spesifiserer søket (Nordtvedt 2007).

2.1.3 Resultater og antall treff

Ved litteratur søk på individuell plan i Norart fikk jeg 7 treff. Jeg kombinerte søkeordet individuell plan med disse søkeordene; brukermedvirkning, medvirkning, myndiggjøring, empowerment, autonomi, selvbestemmelse og fikk 3 treff. Når jeg kombinerte individuell plan med psykiatrisk institusjon, psykiatrisk sykehus, psykiatrisk avdeling, distrikt psykiatrisk senter, så fikk jeg ingen treff.

Jeg benyttet samme søkestrategi i SveMed+. Ved litteratur søk på individuell plan i SveMed+ fikk jeg 6 treff. Når jeg kombinerte individuell plan med søkeordene; psykiatrisk institusjon, psykiatrisk sykehus, psykiatrisk avdeling, distrikt psykiatrisk senter fikk jeg null treff. Ved kombinasjon av individuell plan og søkeordene; selvbestemmelse, autonomi, empowerment, samarbeid, myndiggjøring, deltakelse, medvirkning, brukermedvirkning, så fikk jeg 1 treff.

Ved litteratur søk på individuell plan i Bibsys fikk jeg 53 treff. Søk på brukermedvirkning, empowerment, myndiggjøring ga 398 treff. En kombinasjon med disse søkeordene ga 20 treff.

Som nevnt ovenfor har jeg benyttet søkebasen Medline og Psychinfo for å favne internasjonal litteratur. Her benyttet jeg søkeordene empowerment, patient participation, user participation, user cooperation, involvement i kombinasjon med søkeordene psychiatric institution, mental institution, psychiatric hospital og fikk da 119 treff. I tillegg til litteratur søkene har jeg også benyttet meg av ”handsearches”, det vil si at jeg har funnet litteratur i referanselistene til andre forfattere.

På bakgrunn av litteratursøkene har jeg valgt å presentere funn fra i alt ni forskningsartikler.

I utvelgelsen av artikler har jeg lagt vekt på å presentere de jeg fant mest interessant og relevant i forhold til min problemstilling. Dette er artikler som omtaler kjernebegrepene empowerment, brukermedvirkning og IP. Som tidligere nevnt ble retten til IP iverksatt i 2001. Jeg har derfor valgt å konsentrere meg om nyere forskning fra og med dette året. En annen grunn til at jeg valgte å ekskludere artikler før år 2001, er fordi at jeg er av den oppfatning at senere tids forskning vil gjenspeile en oppdatert kunnskap innen fagområdet. Jeg har ikke hatt som målsetting å gjøre en systematisk vurdering av alle artiklene jeg fikk treff på. Jeg vurderte ut fra et visst skjønn. Jeg leste gjennom abstract på forskningsartikler innenfor for året som nevnt over. Samtidig vurderte jeg også hva som var forskningsartikler ut i fra blant annet at de hadde en innledning, oppsummering, konklusjon og at beskrev hvilken metode som var benyttet.

2.1.4 Kunnskap om bruken av individuell plan innenfor psykisk helsevern

I denne delen vil jeg redegjøre for kunnskap (forskning) som har relevans for problemstilling, basert på litteratursøket.

Jeg vil presentere noen sentrale perspektiver som synes særlig relevante i forhold til mitt temaområde og problemstilling. Dette er perspektiver som danner substansen eller selve ”kjerneinnholdet” i oppgaven min.

2.1.5 Nordisk forskning

I følge Anne Hollingen (2008) er IP ikke godt nok forankret i spesialisthelsetjenesten.

Ordningen med IP skal være et felles ansvar og krever derfor en forankring i ledelsen, altså på systemnivå. ”Viktige aktører” både politisk, administrativt, faglig ledelse og fagfolk må forplikte seg til å forankre og etterspørre arbeidet med IP (Trefjord og Hatling 2004).

Sverdrup, Myrvold og Kristofersen (2007) sier at det er mye som tyder på at hjelpeapparatet i liten grad tar ansvar for å utarbeide individuell plan, selv om tjenestemottakerne er langvarig syke. Intervjuene i hennes undersøkelse konstaterte at behandlerne i større grad kan involvere tjenestemottakerne i beslutninger som gjelder behandlingen (Sverdrup, Myrvold og Kristofersen 2007). Dette understøttes av

Michaelsen, Vatne og Hollingen (2007) som anbefaler individuell plan som et verktøy, fordi den kan bidra til å starte en prosess der brukere får muligheter til å gå inn i en aktiv rolle i utformingen av eget liv. Michaelsen, Vatne og Hollingen (2007) hevder også at det kan være problematisk å involvere brukeren til å medvirke. Brukermedvirkning kan være spesielt vanskelig å få til, knyttet til at mange brukere over tid har utviklet en passiv rolle, og at profesjonelle hjelpere har lave forventninger til brukerens deltakelse (Michaelsen, Vatne og Hollingen 2007).

Intensjonene i forskrift om IP betinger god dialog og samhandling mellom brukere og fagpersoner. I følge Trefjord og Hatling (2004), så er det en viktig faktor i den sammenheng at fagpersonene må vinne tillit hos brukeren ved å bruke nødvendig tid til relasjonsbygging. I arbeid med IP er brukermedvirkning essensielt, og det er viktigere å prioritere dette enn å prioritere rask fremdrift i planarbeidet (Trefjord og Hatling 2004). Helen Bull (2006) støtter også dette. Hun uttrykker at informantene i hennes undersøkelse fremhever at selve samarbeidsprosessen i IP som var viktig for dem. Dette var av stor betydning for å komme frem til egne ønsker i forhold til mål og tiltak i planen. Helen Bull (2006) hevder ellers at det var en grunnleggende asymmetri i maktforholdet mellom tjenesteyterne og tjenestemottakerne. Tjenesteyterne hadde stor makt i forhold til brukerne (Bull 2006). Gunnar Hansen (2007) understøtter et slikt syn. Han sier at det er de profesjonelle som sitter med definisjonsmakten overfor hva som er akseptable behov. I mange sammenhenger er det de profesjonelle som definerer hvilke problemer og behov tjenestemottakeren har (Hansen 2007). Anne Hollingen (2008) er også av den formening at det må skje et rolleskifte for å fremme brukermedvirkning. Hjelperne må endre sin rolle fra å være ekspert til å bli en person som arbeider sammen med brukeren for å oppnå myndiggjøring og opplevelse av partnerskap.

2.1.6 Internasjonal forskning

Dersom sykepleiere og pasienter skal samarbeide som partnere er det viktig at sykepleieren forsøker å utjevne maktubalansen i relasjonen. En måte å gjøre dette på kan være at sykepleieren deler og gir informasjon fortløpende til pasienten og at sykepleiere har en åpen kommunikasjon med pasientene (Henderson 2003).

I følge Linhorst og Eckert (2003) kan klinikere fremme empowerment ved aktivt å gi klienter anledning til å ta egne valg, og ved å fremskaffe informasjon som trengs til å kunne ta slike valg. Klinikere bør i tillegg være en ressurs for klientene ved å være deres talsmenn i interaksjon med resten av personalet, ved blant annet å gi dem emosjonell støtte i deres involvering i beslutningstakingen (Linhorst og Eckert 2003). Et slikt syn understøttes av Kerrigan, Davidson og Shannon (2008) som hevder at mennesker med psykiske lidelser som deltar aktivt med å ta beslutninger vedrørende egen behandling, oppleve større grad av tilfredsstillelse med behandlingstilbudet som blir gitt, større tro på egne muligheter til å oppnå mål, styrket selvtillit, og i tillegg økt evne til å greie seg i hverdagslivet. Kerrigan, Davidson og Shannon (2008) sier ellers at forskning viser at brukere som opplever å være myndiggjorte er i en posisjon hvor de kan bidra til å myndiggjøre andre brukere. En måte å forstå dette på kan være at når empowerment begynner å utvikles på individnivå, så kan dette gi en ”knock on” effekt på gruppenivå (Kerrigan, Davidson og Shannon 2008).

2.2 Teoretiske perspektiver

2.2.1 Empowerment og brukervedvirkning

Empowerment dreier seg om å overføre makt, og innenfor helsesektoren betyr det at det skjer en overføring av makt fra fagfolk og hjelpeinstanser til brukerne av tjenestene. Her er likheten med brukervedvirkning svært tydelig. Kjernen i begge begrepene er maktoverføring. Begrepene opererer delvis side om side, er rettet mot de samme områdene og har i utgangspunktet samme ideologiske innhold, nemlig å styrke brukernes innflytelse i utformingen av sitt eget hjelpetilbud (Askheim og Starrin 2007).

Cheryl Gibson (1991) har analysert begrepet ”empowerment”. Hun hevder at begrepet viser til en relasjon karakterisert av involvering og samarbeid. Leksikalsk defineres empowerment som det å gi makt og autoritet til personer, eller at personer gis mulighet til eller tillates noe de ikke fra før har hatt anledning til (Vatne 1998).

Begreper som kontroll, mestring, ansvar og lignende, er begreper som kan assosieres med myndiggjøring og empowerment (Vatne 1998). Cheryl Gibson (1991) sier at empowerment er vanligvis assosiert med enkeltpersoners frigjøring med hensyn til

selvaktelse og bedre mestring av eget liv. Begrepet viser til en relasjon karakterisert av involvering og samarbeid. I behandlingssammenheng forårsaker empowerment ikke bare at pasienter tar myndighet i sitt eget liv, men også at hjelpere tar styringen over omgivelsen og endrer det de opplever som et undertrykkende behandlingssystem. Empowerment er som brukermedvirkning et demokratisk fenomen som forutsetter omfordeling av makt og utvikling av sosial rettferdighet (Gibson 1991).

Begrepet bruker har blitt tatt i bruk de siste tiår. Brukerbegrepet er i dag oftest knyttet til enkeltmennesker eller grupper som benytter seg av tjenester innenfor offentlig forvaltning (Willumsen 2005).

Ordet brukermedvirkning er satt sammen av bruker og medvirkning. Leksikalsk betyr bruker en som nyter, utnytter, anvender. Dette kan for eksempel forstås som at en er bruker av offentlige helsetjenester. Begrepet medvirkning viser til den leksikalske betydning å delta, bidra og hjelpe (Taule 1999). Dette indikerer at ordet inneholder en intensjon om å ta del i noe, yte noe, noe aktivt skal foregå. Medvirkning eller å virke-med kan forstås som at en skal virke med i forhold til noen. Det vil si at noe skal foregå i en relasjon mellom parter, og relasjon er vesentlig i begrepet brukermedvirkning. Brukermedvirkning dreier seg slikt sett om en relasjon mellom brukere og den offentlige forvaltningen, der brukerne som part skal være aktive. På individnivå vil medvirkningen handle om hvordan den enkelte bruker får medvirke i relasjonen med helse- og sosialarbeidere (Willumsen 2005).

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

FNs Menneskerettighetserklæring av 1948 bygger på et menneskesyn der rettighetene skal fungere som et rettsvern for svake grupper i samfunnet. Rettighetene er grunnlagt i at mennesket har en iboende egenverdi. Rettighetene skal sikre at det enkelte individ skal få mulighet til å velge noe annet enn det andre velger. Det innebærer også at en må ha muligheten til å velge feil. 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).

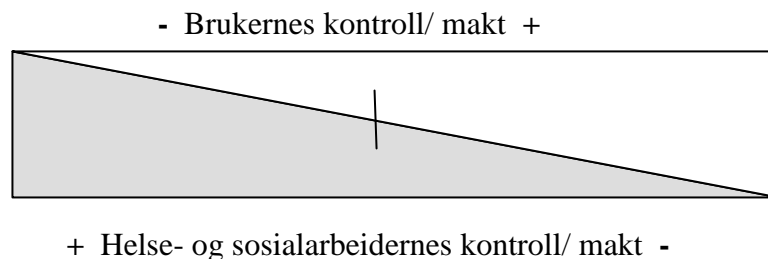
2.2.2 Paternalisme

I følge Boye Wangensteen (2005), så kan paternalisme forklares som ”faderlig preget forhold; formynderi”.

I følge Askheim og Starrin (2007), så bygger det paternalistiske systemet på over- og underordning. Systemet er basert på en forestilling om at vanlige mennesker er passive, uvitende og har et stort behov for hjelp og styring ovenfra. Man antar at mennesker i sin alminnelighet og utsatte mennesker i særdeleshet ikke selv er i stand til å vite hva som er best for dem. Det er opptil en ”ekspert” eller myndighet å bestemme dette. Konsekvensen blir da at livet for ”vanlige mennesker” blir planlagt og bestemt av andre (Askheim og Starrin 2007).

Elisabeth Willumsen (2005) hevder at brukermedvirkning kan sees i sammenheng med ulike aktørers kontrollmuligheter i relasjonen. Hun beskriver et kontinuum hvor det ene ytterpunktet defineres som når brukerne har stor grad av kontroll, da vil helse- og sosialarbeiderne ha svak kontroll. I det motsatte tilfellet, der helse- og sosialarbeiderne har stor grad av kontroll og brukerne liten, er vi i det andre ytterpunktet. Det er gjerne det som karakteriseres som et tradisjonelt bruker - helse- og sosialarbeiderforhold, hvor helse- og sosialarbeideren opptrer paternalistisk overfor brukeren. Graden av kontroll og makt vil således prege relasjonen mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne ved ulike grader av brukermedvirkning. Dette kan anskueliggjøres i en modell for hvordan kontroll og makt kan variere mellom bruker og helse- og sosialarbeidere, som illustrert i figur 1 nedenfor.

Figur 1.



2.2.3 Anerkjennelse

Sårbarhet er av filosofer blitt tolket som et vesenskjenntegn ved det å være menneske.

Siden vi er født sårbare, utsatt for sykdom, lidelse og død, så er vi født avhengige av andre og utlevert til omsorg fra andre (Vatne 2006). Denne avhengigheten innebærer samtidig en risiko for ikke å bli møtt og anerkjent som menneske. Sårbarhet hos mennesker med psykiske lidelser viser seg ofte i situasjoner/ relasjoner hvor de opplever å være i krise, og i situasjoner hvor de preget av maktubalanse. Dette kan være tegn på at de opplever å miste påvirkningsmuligheter i situasjonen, det vil si at de opplever avmakt og mangel på uforutsigbarhet. Dette kan føre til økt angstnivå (Vatne 2006).

Sårbarhetsperspektivet innebærer et relasjonelt perspektiv. Et relasjonelt perspektiv vil si at en forsøker å forstå relasjonen i lys av hvordan begge parter tenker og handler, og at en anvender anerkjennende tilnærminger (Vatne 2006).

Å møte pasientene som mennesker som har kunnskap om seg selv, vil si å skape gjensidighet i hjelperelasjonen. Sentralt i anerkjennelse ligger verdien likeverd, en overordnet verdi funnet også hos hjelperne i miljøarbeidet. Likeverd innebærer respekt for den andres rett til å oppleve verden på sin måte. Dersom en hjelper fastslår hva som er riktig for andre å oppleve, skaper dette sinne og motstand. Det kan virke som at forklaringer som er basert på å nå inn til pasientens fornuftsside, for eksempel realitetsorientering, trigger aggresjonen heller enn å dempe den. Dette kan henge sammen med at en ikke møter pasienten på de følelser vedkommende forsøker å uttrykke, men snakker heller ut fra sine egne oppfatninger (Vatne 2006).

Det å tilrettelegge for tilnærmet likeverd i situasjoner med pasientene, kan være basert på ulike former for hverdagslig samhandling. Samhandling kan for eksempel være at hjelperen tar initiativ til kontakt med pasienten, etablerer en situasjon basert på felles interesse og viser at en finnes der for de andre. At pasienter opplever at det skjer en samhandling synes å være en nødvendig forutsetning for likeverd, og en basis for gjensidig anerkjennelse. I tillegg til det å bli anerkjent, virker det som at pasienter i en tilstand med kaotiske tanker oppnår bedre struktur både i samtale og handling i situasjoner som er basert på tilnærmet likeverd (Vatne 2006).

2.2.4 Organisasjon og ledelse

Helseorganisasjoner er personalintensive virksomheter med mange ansatte. Det betyr at arbeidsgivere er avhengige av et nært samarbeid med fagpersonalet for å kunne få til en faglig og økonomisk forsvarlig drift. Samtidig kan profesjonelle utøvere på et selvstendig grunnlag styre arbeidsprosessene i samsvar med lovpålagte plikter, innenfor sine myndighetsområder. Dermed blir de langt på vei sine egne ledere. Gjennom lovbestemmelser er helsepersonell i tillegg forpliktet til å ta hensyn til at de ikke påfører organisasjonen unødige kostnader. Utførelsen av arbeidet handler altså ikke bare om fag i snever betydning, men også om ledelse, organisering og ressursbruk. På den måten blir de profesjonelle hjelperne involvert i ledelsesprosessen (Orvik 2009).

I følge Arne Orvik (2009), så går ledere og arbeidsgivers ansvar ut på å styre virksomheten som helhet. Å legge til rette for at systemet rundt pasienter og personale fungerer, slik at de profesjonelle i stor grad kan styre sitt arbeid selv. Medarbeideres ledelsesatferd innebærer derimot å delta i ledelsesprosessen ved å ivareta sin dobbelte rolle som profesjonell fagperson og organisasjonsmedlem. Medarbeidere og ledere har altså ulike og utfyllende roller, men deltar sammen i ledelsesprosessen (Orvik 2009).

I følge Iversen og Ødegård (2010), så opplever brukerne i psykiatriske institusjoner liten grad av eierforhold i forhold til IP og det er i tillegg lite bevissthet om IP blant fagfolkene. Det viser seg også at IP ikke blir oppfattet som en sentral og faglig oppgave. Iversen og Ødegård (2010) hevder at de har et klart inntrykk av at IP heller ikke var noe sentralt ledelsestema, verken innad i institusjonen eller utad. Det er heller ikke overraskende at et ”plansystem” som IP fungerer dårlig når planleggingen ikke gjøres til et viktig spørsmål i samhandlingen. Her er det viktig at brukerne selv har en sentral rolle i planleggingen av egen fremtid. Hvis bruken av IP var blitt gjort til et viktig ledelsestema, så ville kanskje brukernes opplevelser av IP vært annerledes og mer positive (Iversen og Ødegård 2010)?

Orvik (2009) hevder at ledelse handler om å gjøre hverandre gode. Det betyr blant annet å sørge for at helsearbeiderne i en institusjon fungerer best mulig ut fra sine forutsetninger. Orvik (2009) benytter Flytsonemodellen, som opprinnelig ble innført av Mihaly Csikszentmihalyi, for å illustrere dette. Modellen bygger på det kjente pedagogiske prinsippet om samsvar mellom utfordringer og ferdigheter. Flytsonen er det området hvor det er balanse mellom utfordringer og ferdigheter. Når helsearbeiderne oppholder seg her, så opplever de å mestre sin rolle på jobb og bidrar til relasjonsbygging (Orvik 2009).

3.0 METODE

3.1 Metodologiske refleksjoner

Begrepet metode kan forstås i vid forstand. Den opprinnelige greske betydningen av ordet er "veien til målet" (Kvale og Brinkmann 2009). I følge Dag Ingvar Jacobsen (2005) er metode en måte å gå frem på for å samle inn empiri, eller data om virkeligheten. Med andre ord et hjelpemiddel til å gi en beskrivelse av den såkalte virkeligheten som studeres. Metoden tvinger/ hjelper oss til å gå gjennom spesielle faser når vi gjennomfører en undersøkelse (Jacobsen 2005).

I følge Kvale og Brinkmann (2009), så har metode fått en viktig posisjon i moderne samfunnsvitenskap.

De fleste kvalitative metoder preges av direkte kontakt mellom forskeren og dem som studeres (Thagaard 2006). En viktig målsetting med kvalitative studier er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener, og fortolkning har derfor særlig stor betydning i kvalitativ forskning (Thagaard 2006).

Tove Thagaard (2006) sier at formålet med for eksempel et intervju er å få fylldig og omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon. Intervju gir data om hvordan informanten forstår erfaringer og begivenheter i sitt eget liv, og intervju som metode gir et særlig godt grunnlag for innsikt i informantens erfaringer, tanker og følelser (Thagaard 2006).

3.2 Undersøkelsens design og gjennomføring

I denne av oppgaven vil jeg gjøre rede for hvordan undersøkelsen metodisk er planlagt og gjennomført ved hjelp av kvalitativ metode. De ulike elementene i metoden er beskrevet i avsnittene under.

3.2.1 Forskningsdesign

Design beskriver retningslinjer for hvordan et prosjekt planlegges å utføres.

Retningslinjene for prosjektet omfatter beskrivelser av hva som er undersøkelsens fokus, hvem som er aktuelle informanter, hvor undersøkelsen er gjort og hvordan den er utført (Thagaard 2006).

Innenfor samfunnsvitenskapene diskuteres troverdigheten, styrken og overførbarheten av kunnskap som regel i sammenheng med begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Kvale og Brinkmann 2009). Kvale og Brinkmann (2009) beskriver en intervjuundersøkelse sine syv stadier, tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at validering ikke bør begrenses til en bestemt fase av intervjuundersøkelsen, men derimot prege alle fasene. Fra tematisering til rapportering.

I følge Thagaard (2009), så knyttes reliabilitet til spørsmål om forskningens pålitelighet, og validitet knyttes til spørsmålet om forskningens gyldighet. Begrepet overførbarhet (ekstern validitet) relateres til vurderinger av spørsmålet om tolkninger som er basert på en enkelt undersøkelse, også kan gjelde i andre sammenhenger (Thagaard 2009). Dette er temaer som vil bli nærmere diskutert i kapittel 6.0 (Oppsummering og refleksjoner over studien).

I denne studien har jeg valgt å bruke en eklektisk analytisk tilnærming. Jeg har benyttet en kombinasjon av en temasentrert- og kategoribasert analytisk tilnærming. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 3.3.2. (Analyseprosessen) nedenfor.

3.2.2 Utvalget

Spørsmålet om hvem forskeren skal få informasjon fra, innebærer å definere det utvalget undersøkelsen baserer seg på. Kvalitative studier baserer seg på såkalte strategiske utvalg. Det vil si at en velger informanter som har de egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard 2006). Utvalget i undersøkelsen min består av åtte informanter, syv kvinner og en mann, som er ansatt i to forskjellige DPS på nordvestlandet. Jeg har intervjuet fire informanter ved hvert DPS. Informantene er helsearbeidere med minimum tre års høgskoleutdanning. De har direkte pasientrelatert arbeid i postene ved DPS'ene.

En kan si at intervjupersonene i denne undersøkelsen, som både har relevant helsefaglig utdanning og er ansatt ved DPS, har relevante kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til prosjektet sin problemstilling.

I følge Tove Thagaard (2006), så er det en retningslinje for kvalitative utvalg som sier at antall informanter ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser.

Jeg tenker at et utvalg på åtte informanter kan være passende i forhold til få tid til å gå i dybden i analysen, tidsperiode- og nivå på mastergradsoppgaven.

Utvelgelsen av informanter ble foretatt av avdelingssykepleier ved begge DPS.

Avdelingssykepleierne valgte informanter ut i fra kriterium at de hadde minimum treårig høyskoleutdanning innen helse- og sosialfag.

3.2.3 Intervju som metode

I følge Tove Thagaard (2006), så gir en kvalitativ tilnærming et godt grunnlag for å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fyldige data om personer og situasjoner. Som nevnt ovenfor, så kan kvalitative studier være rettet mot et ønske om å få innsikt i sosiale fenomener slik de forstås av de personene forskeren studerer. Derfor kan samtalen være et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer om sin situasjon (Thagaard 2006).

Den mest brukte fremgangsmåten i kvalitative intervjuer er en delvis strukturert, eller med andre ord semistrukturert tilnærming (Thagaard 2006). Kvale og Brinkmann (2009) hevder at et semistrukturert intervju benyttes når tema fra dagliglivet skal forstås ut i fra intervjupersonens egne perspektiver. Denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet (Kvale og Brinkmann 2009). I følge Kvale og Brinkmann (2009), så mener de at et intervju ligger nært opp til en samtale i dagliglivet, men at det som et profesjonelt intervju har et formål. Det er semistrukturert, det er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Det utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som inneholder bestemte temaer og eventuelt forslag til spørsmål (Kvale og Brinkmann 2009).

Jeg har valgt å gjennomføre intervjuene i form av semistrukturert tilnærming og ved hjelp av en intervjuguide. Ved en delvis strukturert tilnærming er temaene relativt forhåndsbestemt, men det er rom for ikke å følge temaene i rekkefølge (Kvale og Brinkmann 2009).

Intervjuguiden er inndelt i fire hovedtemaer med en del underpunkter. Hovedtemaene er, ”IP - generelt”, ”opplæring om IP”, ”rutiner for gjennomføring av IP” og ”IP og brukermedvirkning”. Underpunktene kan betegnes som ”hjelpespørsmål” som ligger under hvert tema. Dag Ingvar Jacobsen (2005) mener at slike spørsmål kan bidra til å hjelpe informanten til å sette i gang tankeprosessen. Eksempel på slike spørsmål kan være, ”hvis ja – hva fungerte/ hva fungerte ikke?”, ”hvis ja – hvordan fungerte det - hvordan fikk dere det til?” eller ”hva har vært viktig i den forbindelse?”

I begynnelsen av intervjuene har jeg fortalt informantene at intervjuguiden er tiltenkt å være som en slags ”rettesnor” for meg. At dette gjør at jeg får en viss struktur på samtalen og oversikt over at vi kommer inn på sentrale temaer. Det er greit å være informativ og forklare hensikten rundt de ulike hjelpemidlene. Dette kan bidra til lettere å kunne etablere et tillitsforhold mellom informanten og meg, og samtidig skape en trygg kontekst for samtalen. Det kan gjøre at informanten blir bedre konsentrert om spørsmålene som stilles under intervjuet, at han slipper og sitte og undre seg over ting.

Jeg benyttet en digital lydopptaker under alle åtte intervjuene. Informantene samtykket i at dette var greit. Informantene ble også gjort oppmerksom på at jeg i tillegg til lydopptak, ville noterte stikkord på et ark. Dette kan være til hjelp for blant annet å registrere ikke-verbale budskap informanten formidler mens lydopptakeren går, i følge Kvale og Brinkmann (2009).

I begynnelsen av intervjuene pratet vi generelt om IP som er det første temaet i intervjuguiden. Informantene kom som regel inn på flere temaer som er nevnt senere i intervjuguiden. Jeg la ikke føringer i forhold til å følge temaene i rekkefølge. På denne måten ble spørsmålene relativt åpne. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål for blant annet å få informantene til å utdype sentrale temaer. Eksempler på oppfølgingsspørsmål blir belyst i avsnittet under om ”Felles kultur og forforståelse”. Jeg fikk inntrykk av at intervjupersonene syntes dette var positivt. Jeg reflekterte over at oppfølgingsspørsmål kan uttrykke en slags anerkjennelse fra intervjueren sin side, over at informantene formidler noe nyttig og interessant. Kvale og Brinkmann (2009) nevner at intervjupersonens svar kan utdypes ved at intervjueren inntar en interessert, velholdende og kritisk holdning ved å stille spørsmål ved det som nettopp har blitt sagt.

3.2.4 Vurdering av gjennomføring av intervjuene

Jeg hadde ikke møtt informantene før intervjuene, men de hadde blitt informert i god tid på forhånd og fått avtalt tid og sted for intervju. Alle intervjuene ble gjennomført ved informantenes arbeidssted. Lengden på intervjuene varierte fra mellom 40 minutter til ca. 1 time. Antall sider transkribering av intervjuer varierte fra 11 sider til 29 sider. Til sammen så ble det ca. 128 sider med transkriberte intervju.

Vi hadde en uformell prat før lydopptakeren ble slått på. Dette kan gjøre at atmosfæren ikke blir så anspent mellom intervjupersonen og meg, og at vi får litt tid til å bli nærmere kjent før intervjuet starter. Det skaper også rom for at informanten kan spørre om ting i forkant av intervjuet.

Jeg informerte om at intervjuet kunne avbrytes hvis det ble behov for det, og at lydopptakeren kunne settes på pause eller slås av underveis i samtalen. Dersom Informanten opplever at enkelte tema kan bli vanskelig å forholde seg til og ønsker en pause eller å avbryte, så kan dette kan bidra til å skape forutsigbarhet og en trygg atmosfære rundt intervjuet. Det viste seg at ingen hadde behov for å avbryte intervjuet underveis.

Etter å ha lyttet til opptakene når de to første intervjuene var gjennomført, så ble jeg oppmerksom på at jeg hadde en tendens til å avbryte informanten før han hadde pratet ferdig. Jeg reflekterte over om jeg hadde vanskelig for å tåle ”pauser” i samtalene. Det ble tydelig at jeg ved flere anledninger hadde en evne til å foregripe begivenhetens anledning. Det viste seg å være nyttig for meg å lytte til intervjuopptakene mellom intervjuene. Jeg ble mer bevisst på å la informanten prate ferdig uten at jeg avbrøt.

Min erfaring er at intervjuguiden er et godt hjelpemiddel, både for å holde en viss struktur på samtalen og for å forsikre meg om at vi kom inn på sentrale temaer. På en annen side kan den også gjøre at intervjueren blir for lite oppmerksom på informantens ikke-verbale uttrykk. Etter hvert som det gikk fremover i antall intervjuer, så greide jeg å bli mer avslappet i forhold til samtalene, unngikk å bruke intervjuguiden så flittig lengre og avbrøt informantene mindre. Intervjupersonene ble viet mer oppmerksomhet og samtalene fløt bedre.

Under tre av intervjuene måtte vi avbryte en kort stund, fordi medarbeidere av intervjupersonene kom inn på samtalerommet. To av medarbeiderne var ikke var informert om at rommene var opptatt. De to førstnevnte intervjuene ble det bare kort avbrutt og det

gikk relativt greit å fortsette. Ved det tredje tilfellet, viste det seg at samtalerommet egentlig var opptatt i forbindelse med et møte. Disse avbruddene i intervjuene forstyrret atmosfæren i intervjusituasjonen. Særlig ved det siste nevnte tilfellet, hvor lokalet var opptatt til et møte. Her ble situasjonen ble preget av stress og vi avsluttet intervjuet kort tid etterpå. Avbruddet skjedde ikke før mot slutten av samtalen, så vi rakk å komme inn på de mest sentrale temaene. Jeg vurderte at det ikke var behov for å be om et nytt intervju siden jeg likevel hadde fått en relativt fyldig datamengde fra informanten.

Jeg erfarte at det var nyttig å notere stikkord underveis i samtalen i tillegg til lydopptak. Dette var til god hjelp i forhold til på et tidlig tidspunkt få tak i hovedpunkter med tanke på å strukturere analysen. Etter å ha lyttet til intervjuene leste jeg notatene og fikk en bedre oversikt på datamaterialet.

Jeg har reflektert over om det vil påvirke datamaterialet at jeg har utført undersøkelsen innenfor mitt eget arbeidsfelt. Dette vil bli nærmere belyst i avsnittet under om ”Ethiske og faglige vurderinger”.

3.3 Analyse av intervjudata

3.3.1 Transkripsjon

Kvale og Brinkmann (2009) sier at transkripsjoner er oversettelser fra talespråk til skriftspråk. Når intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form, blir intervjusamtalene strukturert slik at de er bedre egnet for analyse (Kvale og Brinkmann 2009).

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at det finnes én grunnregel i transkripsjon. Dersom flere deler på å transkribere intervjuene, så skal man sørge for at de bruker samme skriveprosedyrer. Jeg transkriberte to av intervjuene og fikk en sekretær til å transkribere de resterende seks intervjuene. I tråd med Kvale og Brinkmann (2009) sine retningslinjer ovenfor, så laget jeg en skriftlig instruks slik at både jeg og sekretæren benyttet samme skriveprosedyrer. Instruksen gikk ut på at intervjuene skulle omformes til en mer formell skriftlig stil i stedet for å transkribere uttalelsene ordrett. Pauser og gjentakelser ble utelatt i transkripsjonen. Slike spesialiserte former for transkripsjoner er unødvendig når det dreier seg om meningsanalyse av intervjutekster (Kvale og Brinkmann 2009).

3.3.2 Analyseprosessen

Å beskrive de ulike trinnene i analyseprosessen kan bidra til at studiet blir mer ”transparent” slik at leserne lettere kan forstå hvordan prosjektet har blitt utført (Olsen 2002). Begrepet analyseprosess viser til det arbeidet forskeren utfører for å utvikle en forståelse av det innsamlede datamaterialet (Thagaard 2009). Å analysere betyr å dele opp i biter eller elementer (Kvale og Brinkmann 2009). Kvale og Brinkmann (2009) sier at en av de vanligste formene for dataanalyse i dag er koding eller kategorisering av intervjuuttalelsene, hvor forskeren leser gjennom transkripsjonene og kategoriserer de relevante avsnittene.

Analysen kan følgelig gjøres på forskjellige måter som blant annet er forankret i ulike vitenskapsteoretiske perspektiver (Creswell 2007). I denne studien har jeg valgt å benytte en eklektisk tilnærming. Jeg har valgt å benytte en kombinasjon av temasentrert og kategoribasert analytisk tilnæringsmåte (Kvale og Brinkmann 2009; Thagaard 2009). En kunne også valgt å bruke en ”ren” analysestrategi som for eksempel en fenomenologisk eller grounded theory (Langdridge 2006).

Inndelingen nedenfor er ikke ment til å markere at det går an å inndele analyseprosessen i helt adskilte enheter/ deler. De ulike delene i prosessen går om hverandre. Fremstillingen er et forsøk på å gjøre prosessen mest mulig oversiktlig.

1) I analysen har jeg blant annet valgt å benytte Kvale og Brinkmann (2008) sine seks analysetrinn, hvor trinn en til fire er relevante for denne studien. Trinn en til tre brukes allerede under intervjusituasjonen. Informantene forteller her om sine erfaringer og opplevelser i forhold til emner som det blir pratet om. Informanten vil selv oppdage nye betydninger i forhold til hva de opplever, og se nye sammenhenger. På det tredje trinnet foretar jeg som intervjuer fortolkninger av meningen med en beskrivelse og sender den tilbake til informantene. Informantene får da anledning til å avkrefte eller bekrefte min fortolkning. Dette vil gi en presisering av meningsutsagn. Ved trinn fire, som kan karakteriseres som det den ”egentlige” analysen, finnes det i følge Kvale og Brinkmann (2009) flere måter å gjøre dette på. En kunne for eksempel valg en personorientert analytisk tilnærming i følge Tove Thagaard (2009), hvor en i intervjuundersøkelser har fokus på enkeltpersoner eller grupper av personer. Som nevnt ovenfor, så har jeg i denne

studien valgt å benytte en kombinasjon av temasentrert og kategoribasert analytisk tilnærming.

2) For å få en oversikt over ca. 128 sider med tekst fra informantenes utsagn, så leste jeg gjennom alle transkripsjonene og noterte stikkord i margen i hvert intervju. Dette ga meg en grov oversikt over sentrale tema som jeg kunne jobbe videre med i kategoriseringen. Det var også nyttig i forhold til at jeg kunne danne meg et visst inntrykk av struktur på analysen. Jeg noterte også i margen tekst som ble betegnet som ikke relevant eller utenomsnakk. Videre så identifiserte jeg analytiske enheter i materialet, en eller flere setninger i teksten. Dette kan betegnes som meningsbærende enheter i følge Thagaard (2009).

Hvis transkriberingen av intervjuene var uklare eller det var noe med teksten jeg var usikker på, så lyttet jeg til det aktuelle lydopptaket for å få tak i helheten i intervjuet. Dette er i tråd med det Kvale og Brinkmann (2009) hevder, at en på denne måten får frem vesentlig mer av intervjuet enn fra en skrevet tekst

3) Jeg benyttet meningsfortetting tidlig i analysefasen og sammenfattet informasjon om de viktigste temaene i intervjuene. På denne måten ble tekstens meningsinnhold gjort mer tydelig, fra å være implisitt til å bli mer eksplisitt. Den opprinnelige teksten ble kortere, mer oversiktlig og lettere å forholde seg til under analysen. Her identifiseres meningsbærende enheter i transkripsjonene av forskeren slik de uttrykkes av intervjupersonen, i følge Kvale og Brinkmann (2009). Under arbeidet med å sammenfatte teksten, var jeg bevisst på at min subjektive mening om forskjellige temaer ikke måtte farge sammenfattingen av teksten. Jeg har under hele prosessen reflektert over at det er ikke er min tolkning av tekstens meningsinnhold som skal komme til syne, men informantens opplevelse eller forståelse av situasjonen. Så ble meningsenhetene sett i lys av undersøkelsens spesifikke formål, og slik jeg forstår dette, så gjør dette at en kan plukke ut de viktigste emnene i intervjuet og sette dem sammen i et deskriptivt utsagn.

4) Som et neste trinn i analysen eller samtidig med at meningsinnholdet sammenfattes som nevnt ovenfor, kan teksten inndeles i kategorier med begreper som indikerer innholdet i kategoriene (Thagaard 2009). I følge Dag Ingvar Jacobsen (2005), så innebærer kategorisering av data, at vi samler data i grupper. Informasjon om samme tema samles i én kategori. Hver kategori markeres med et stikkord som sier noe om innholdet i

kategoriene, dette kalles koding (Thagaard 2009). Koding innebærer altså at det knyttes ett eller flere nøkkelord til et tekstavsnitt med tanke på senere å kunne identifisere en uttalelse (Kvale og Brinkmann 2009).

Teksten som ble meningsfortettet ble i begynnelsen kategorisert under tre av intervjuguidens hovedtemaer, ”opplæring om IP”, ”rutiner for gjennomføring av IP” og ”IP og brukermedvirkning”. Kategoriene hjalp meg til å få struktur over tekstmaterialet og en god oversikt over sentrale temaer. Nye kategorier og koding av teksten i form av begreper som indikerer innholdet i kategoriene, ble utviklet etter hvert som jeg jobbet meg gjennom transkripsjonene. Informasjon om samme temaer ble samlet i egne kategorier. Slik jeg forstår det i følge Tove Thagaard (2009), så innebærer en temasentrert tilnærming blant annet at forskeren sammenligner informasjon fra alle informanter om hvert tema.

5) I samsvar med den kvalitative forskningens fortolkende perspektiv skal analysen føre frem til en helhetsforståelse av dataenes meningsinnhold. Dette innebærer ikke at alt datamaterialet skal studeres samtidig, men for å oppnå en helhetlig forståelse må de enkelte utsnittene studeres i forhold til helheten der er en del av (Thagaard 2006). Sammenfatninger av informasjon kan være et nyttig hjelpemiddel, men det er viktig at videre analyser også baserer seg på det opprinnelige datamaterialet (Thagaard 2006). All tekst eller avsnitt som jeg klippet ut fra transkripsjonene ble merket hvor de ble hentet fra med en bokstav, et tall og nummeret på intervjuet. For eksempel I (I indikasjon for informant), 1 (avsnitt nr. 1) og WS01 (lydfil/ transkripsjon/ intervju nr. 01). Dette gjorde at jeg kunne gå tilbake i teksten og se på tekstavsnittet i en større helhet. I følge Kvale og Brinkmann (2009), så kan denne frem- og tilbakeprosessen mellom deler og helhet sammenlignes med en hermeneutisk spiral. En spiral som åpner for en stadig dypere forståelse av meningen (Kvale og Brinkmann 2009).

Under utviklingen av nye kategorier var jeg oppmerksom på ikke å dele inn i for stort antall kategorier, fordi dette kan i følge Tove Thagaard (2006) gjøre at sammenligninger mellom informantene blir lite oversiktlig. På den annen side kan for få kategorier kan føre til at for mye informasjon går tapt (Thagaard 2006).

3.4 Etiske og faglige vurderinger

Dette prosjektet har blitt meldt til- og godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (NSD).

3.4.1 Forespørsel og samtykke

Jeg tok kontakt over telefon med enhetslederne i begge DPS og kom med forespørsel om å få intervju ansatte i døgnenhetene. I etterkant sendte jeg informasjonsskriv om prosjektet mitt. Dette inneholdt informasjon at jeg ønsker å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer ansatte i psykisk helsevern har i forhold til bruk av IP og brukermedvirkning, og at vi vil se på hva som eventuelt kan bidra til å fremme en mer aktiv bruk av IP innenfor et DPS.

Det ble også nevnt at informantene kan bestemme hvor intervjuene skal foregå, og at intervjuet vil vare mellom 30 minutter og 45 minutter. Jeg orienterte ellers at jeg ønsket å benytte lydopptaker i intervjuene.

Dersom de ønsker å delta så kunne de benytte vedlagte frankerte svarkonvolutter og samtykkeerklæring.

3.4.2 Frivillighet

De ble orientert om at det er frivillig å delta i undersøkelsen, og at de når som helst kan trekke seg fra å delta i prosjektet uten å måtte begrunne dette.

3.4.3 Felles kultur og egen forforståelse

Som nevnt ovenfor i avsnitt om ”Vurdering av gjennomføring av intervjuene”, så reflekterte jeg over om det vil påvirke datamaterialet at jeg har utført undersøkelsen i mitt eget arbeidsfelt.

Dette temaet kan sees i en sammenheng med noen av Cato Wadel (2002) sine uttalelser vedrørende feltarbeid i egen kultur. Jeg er utdannet sykepleier, har videreutdanning i psykisk helsearbeid og arbeider altså innenfor samme fagfelt som jeg utfører undersøkelsen min. Cato Wadel (2002) hevder at å gjøre undersøkelser innen sin egen kulturkrets innebærer at en studerer en del av sin egen virkelighet. Cato Wadel (2002) påpeker at i en slik situasjon kan det rent praktisk være lettere å utføre undersøkelsen siden vi både kjenner kulturen og har en felles forståelseshorisont innen faget. På den annen side

kan det være vanskelig å få tak i mange forhold i vår egen kultur fordi de tas for gitt (Wadel 2002). Det å ta ting for gitt kan vel forstås som at en kan være forutinntatt.

I følge Einar Aadland (2002), så møter vi andre mennesker med et sett av forutinntatte holdninger og meninger. Vi møter dem med ”fordommer” eller med andre ord forforståelse, som er nødvendig for å hjelpe oss å finne en mening i det vi står overfor (Aadland 2002). Jeg har forsøkt å unngå at min forforståelse forblir ”ubevisst” i mine tanker i møte med informantene, og la mine holdninger og tolkninger av det som blir sagt bli dominerende. Dette kan lett skje når en kjenner kulturen og språket i fagfeltet fra før. For å ”motvirke” dette, så har jeg under gjennomføringen av intervjuene benyttet oppfølgingsspørsmål for å få klarhet i hva det er intervjupersonen egentlig mener. Et par eksempel på oppfølgingsspørsmål kan være, ”kan du si noe mer om dette..” eller ”er det riktig slik jeg forstår det eller..”. Slike spørsmål ble blant annet stilt på bakgrunn av at jeg har vært nysgjerrig og undret meg over hva er det han eller hun formidler til meg. Jeg har ofte tenkt, er dette mine tolkninger? Hvis jeg fortsatt har vært i tvil hva informanten mener, så har jeg oppsummert min forståelse av det som har blitt sagt og bedt om tilbakemelding på dette. Intensjonen har vært i størst mulig grad å reflektere over min forforståelse av intervjupersonens uttalelser. Med andre ord å forsøke å unngå å ta ting for gitt selv om en arbeider innenfor den samme kultur. I tillegg til dette, så har også bruken av oppfølgingsspørsmål gitt meg mer dybdekunnskap om ulike temaer vi kom inn på.

3.4.4 Taushetsplikt

Det ble også gitt informasjon om at forskerne og hjelperne som deltar i prosjektet har taushetsplikt. Alle opplysninger de gir oss i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt i henhold til Forvaltningsloven § 13 og Helsepersonelloven § 21.

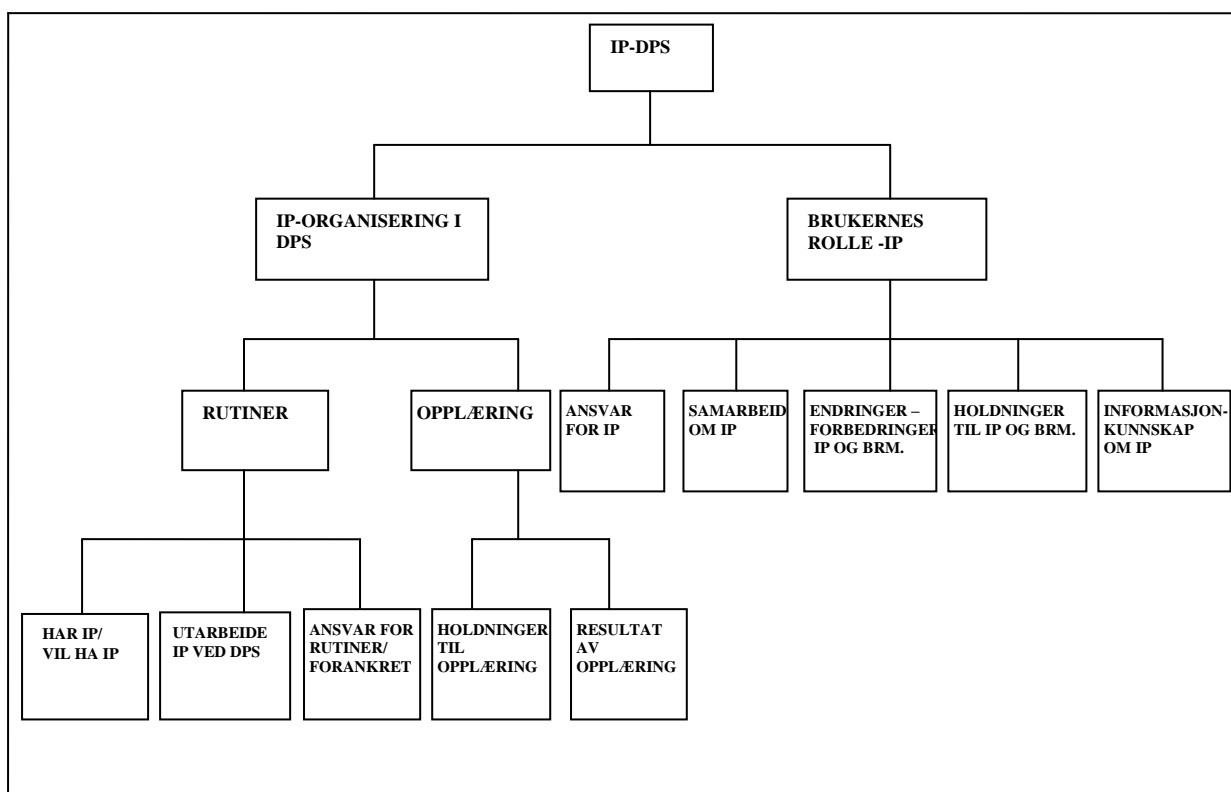
Alle innsamlede opplysninger blir i løpet av prosjektperioden behandlet i aidentifisert form. Det vil si at navnet vil bli erstattet med et identitetsnummer. Når undersøkelsen er ferdig, senest 01.12.10, vil alle opplysninger bli slettet. Det innebærer at lydopptak og identitetsnummer slettes og at materialet i sin helhet foreligger i en form hvor ingen kan gjenkjennes.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I denne delen av studiet vil jeg, på bakgrunn av intervjuene, formidle informantenes erfaringer med Individuell plan – presentert som kategorier. Figur 2 viser en oversikt over de ulike kategoriene og til dels sammenhengen mellom dem. Hver kategori er en beskrivelse av et sentralt tema relatert til problemstillingen, det vil si erfaringer med individuell plan innenfor DPS. Underveis i presentasjonen vil jeg kommentere sentrale tema for å klargjøre kategoriernes innhold. Sitatene som anvendes er først og fremst ment å illustrere innholdet i hver kategori. I kapittel fem (drøfting) vil jeg forsøke å forstå de erfaringene som her fremkommer i lys av relevant teori. På denne måten kan vi kanskje si at kapittel 4.0 kun er første trinn i forståelsen av IP innenfor DPS.

Når en femstiller funnene i form av kategorier, så kan dette bidra til å gi leseren en bedre oversikt over det empiriske materialet i oppgaven. Figur 2 nedenfor er ment å gi en oversikt over de ulike kategoriene.

Figur 2.



Den øverste kategorien i figur 2, IP-DPS, indikerer at konteksten for undersøkelsen er DPS. Ved neste trinn deles det inn i to hovedkategorier, brukernes rolle-IP og IP-organisering i DPS. Brukernes rolle –IP sier blant annet noe om hvem informantene mener er ansvarlig for at IP iverksettes, hvordan de for eksempel opplever samarbeid om IP med brukerne. I de tre siste kategoriene i ”brukernes rolle-ip”, formidler informantene forslag til endringer eller forbedringer i forhold bruken av IP, holdninger til IP og brukermedvirkning, de sier noe om egen kunnskap om IP og brukernes kunnskap om IP.

Den andre hovedkategorien, IP-organisering i DPS, sier noe om det organisatoriske i DPS i forhold til rutiner og opplæring. Rutiner sier for eksempel noe om brukerne blir spurt om de ønsker IP, er det rutiner på dette, utarbeides det IP ved DPS og hvem har ansvaret for dette? Opplæring dreier seg blant annet om informantene har fått opplæring i forbindelse med utarbeiding av IP, og hva de eventuelt synes om nytten eller kvaliteten av opplæringen. Disse temaene vil bli utdypet under.

4.1 Brukernes rolle-IP.

4.1.1 Ansvar for IP.

Tre av informantene mener at det er kommunen som har ansvar for å iverksette en IP. Hovedtendensen var at de fleste informantene mente at ansvarsforholdet i forhold til å starte opp en IP var temmelig uklart. Den ene av informantene mente at det var naturlig at det var i kommunen at arbeidet med IP måtte skje, siden det er kommunene som vet hva de kan tilby brukerne av blant annet ulike tjenester. Hun understreket at brukerne skal tilbake til kommunene uansett.

”Nei, du er liksom inne på et felt som hører kommunen til, for det er jo liksom litt dette her at jeg synes at kommunen kan ta seg av individuell plan og så kaller de oss inn for eksempel, hvis vedkommende skal hit eller har vært her eller lignende”.

”I mitt hode så tenker jeg at det i utgangspunktet er kommunen som ”eier” pasienten, det kommunale hjelpeapparatet, og jeg tenker det er naturlig at en eller annen i den kommunale helsetjenesten som har ansvar for individuell plan”.

”IP, den er kanskje litt glempt på et vis her, eller det er et eller annet med ansvaret, er det kommunen eller vi?”

”Altså, det har ikke vært helt klart om, hvis vedkommende har hatt en bolig ute i kommunen og har kun hatt korte opphold her for eksempel, så har vi vel ikke vi følt at det var naturlig at det var vi som hadde noe ansvar for at dette skulle etableres”.

En informant var veldig klar på at selv om hun mente at ansvaret for å starte opp en IP primært er et kommunalt ansvar, så har DPS ansvaret for å sette i verk en plan dersom en bruker ønsker dette.

”Mange ønsker ikke en slik plan, men av og til vil de ha og da er det vårt ansvar om å sette i gang en plan i samarbeid med kommunen, for det er jo der primært ansvaret ligger for den individuelle planen”.

Denne informanten gir altså uttrykk for at det å starte opp en IP kan skje ved et DPS, i form av at DPS kan kalle inn til et møte med kommunene i forbindelse med dette. Ellers så mente hun at det var en selvfølge å overlate ansvaret til kommunen når brukerne skrives ut fra DPS. Hun poengterte at DPS må kunne sette i gang prosessen med å starte opp en IP. En annen informant uttalte at det er greit å yte hjelp til brukeren i forhold til å lage en søknad om å få IP, som sendes til kommunen, men på denne måten blir en involvert i prosessen. Hun mente at dette kunne skape forventninger i forhold til at denne hjelperen også måtte ta på seg ansvaret for å være koordinator for IP for brukeren. Hun tror at mange hjelpere kan være bekymret for at de kan risikere å få ”hovedansvaret” for brukeren på denne måten.

4.1.2 Samarbeid om IP.

Alle informantene unntatt en, sa at de har noen eller liten erfaring i forhold til samarbeid rundt IP, blant annet i forhold til kommunen. En av informantene som ikke hadde så mye erfaring fra å arbeide med IP sammen med kommunen og kontaktpersoner, sa at hun

likevel har erfaring fra samarbeid med forskjellige aktører fra ulike behandlingsnivå i blant annet ansvarsgruppemøter, men hun kan ikke si at dette samarbeidet kan kalles å jobbe med en IP. Selv om hun mener at det nesten er ”synonymt” med å arbeide med IP. Det har ikke vært problematisk å sette ned ting på papiret punkt for punkt, som for eksempel problemer, målsettinger og tiltak for brukeren, men i det øyeblikket en går over til å kalle dette en IP, ”så er det plutselig et eller annet som stopper seg”, sier hun.

Hun sier ellers at når det gjelder en IP, og hvis denne skal fungere, så må det hele tiden være noen som dra den i gang og holder den aktiv hele tiden, hvis ikke fungerer den ikke. Straks en slik ”ildsjel” forsvinner, så mener hun at IP også ”faller sammen”. Sitatet nedenfor illustrer dette.

”Det må hele tiden være noen som drar i gang og holder hele tiden, hvis ikke fungerer det ikke. Idet en slik ”ildsjel” forsvinner så detter det. Jeg har sett mange individuelle planer som har ligget brakk, som i utgangspunktet har vært veldig bra, men som snart en eller annen detter ut som holder tråden så faller det overende”.

Tre informanter beskrev brukerne som aktive og engasjert i arbeidet med IP, men at de hadde samarbeidsproblemer med kommunene. Dette førte i flere tilfeller til at planene ikke ble opprettet. Den ene informant pratet om en relativt ung bruker som i perioder var i svært dårlig psykisk form. Han ble vurdert til å ha stort behov for en IP, og han var selv motivert for å delta i en slik plan. Det viste seg at det ble problematisk å få etablert en IP i dette tilfellet, blant annet fordi kommunen ikke kunne stille opp med en kontaktperson. De prioriterte ikke dette siden de antok at denne brukeren ikke ville komme tilbake til kommunen på lang tid.

”Han syntes det var bra med en IP, men han etterlyste dette med kommunen, hvorfor ikke de kom på banen da? Han etterlyste dette noen ganger, men til slutt tror jeg han ga opp hele planen fordi det ble bare stillstand”.

En informant mente at det ikke var nødvendig med relasjonsbygging i forkant av å opprette en IP.

”Nei, vi ser ikke det som fokuset på det å spør om dem har eller ikke har individuell plan, du trenger ikke å ha noen tett relasjon for å spør om det spørsmålet mener jeg”.

To informanter nevner at det kan være vanskelig å få brukernes fastleger til å stille opp på ansvarsgruppemøte i forbindelse med IP.

”Det er jo kanskje hvis man skal bestemme et møte, hvem bør spørres først når det passer. Hvis vi sitter her og bestemmer dato for ansvarsmøte og spør legen sist, så kan du være sikker på at han har full plan den dagen. Hvis du har en knapp faktor så spør han først”.

Tre informanter nevner at Sampro er et godt verktøy i forbindelse med å arbeide med IP. Sampro kan beskrives som et verktøy som er utviklet ut fra et behov for arbeide ned IP over internett (Anne Hollingen 2008). Disse informantene legger til at det er synd at kommunene ikke har dette utstyret tilgjengelig. Dette gjør at det ikke går an å samarbeide med dette elektroniske verktøyet, selv om det ser ut til å fungere godt når det er i bruk.

”Det er det som har vært mest vanlig, at kommunen har sine egne planer. Sampro redskapet er jo forferdelig bra, hvis kommunene har hatt råd til å kjøpe, det er jo dyrt har jeg forstått”.

”Men jeg er med i en gruppe der vi har hatt litt med individuell plan, men det er gått mer på elektronisk, og når de kommunene vi betjener ikke har elektronisk mal så blir det lite brukt”.

En informant nevnte at hun ikke hadde arbeidet lite med IP, fordi hun kun har vært ansatt som vikar i deltidsstilling i mange år. Dette bidro blant annet til at hun ikke fikk anledning til å engasjere seg i forhold til arbeide med IP. Dette kommer til uttrykk i sitatet nedenfor.

”For meg personlig, så tror jeg det kommer av at jeg har jobbet så mye som vikar i veldig mange år. Slik jeg på en måte aldri har fått tid til å få etablert ting”.

Den generelle tendensen viser at samarbeide rundt IP er vanskelig å få til. Dette er noe alle informantene gir uttrykk for. Samarbeid kan i det hele tatt være en kompleks oppgave hvor mange ulike faktorer spiller inn. Kort oppsummert, så ser en at blant annet at en kan arbeide innen for rammen av det som kan kalles arbeid med IP, men hvor det finnes en slags motforestilling over å ”benevne” det som en IP. Dette kan ha noe med for eksempel uklarhet i forhold til å vite hvem som har ansvar for IP eller kanskje det har noe med å ville ta ansvar? Ellers kan dette med å opprette kontaktpersoner i kommunen kanskje bli utsatt til det er aller nødvendigst. Dette har kanskje noe med disponible ressurser å gjøre, enten i forhold til økonomi eller lite tilgjengelig personale. Dårlig samarbeid om IP kan vel også skyldes negative relasjoner mellom hjelperne og brukerne innad i institusjoner som for eksempel DPS, manglende oppmøte på ansvarsgruppemøter fra blant annet fastleger eller andre viktige støttespillere for brukerne. Personale i små stillingsbrøker kan få problemer med å følge opp en IP, siden de er relativt lite tilstede rundt brukeren. Til sist men ikke minst vil også mangel på ressurser i forhold til elektroniske verktøy som Sampro også kunne forhindre et godt samarbeid rundt en nettbasert IP.

4.1.3 Endringer/ forbedringer i forhold til IP og brukervedvirkning.

Under intervjuene ga informantene uttrykk for å være engasjert i temaet IP og brukervedvirkning. Alle bidro med forslag til endringer eller forbedringer når det gjelder anvendelsen av IP og brukervedvirkning. Mange kom med frustrasjoner over at det eksisterer så mange ulike maler for IP. SINTEF har en type mal for IP, kommunen og spesialisthelsetjenesten har andre utgaver. Sitatet nedenfor illustrerer dette.

”Vi så enkelte papirutgaver av IP som var veldig ulike. Alt etter hvor de var utarbeidet. Dette gjorde oss svært forvirret. Dette må jo samordnes. Jeg tenker at de må se like ut. Det er jo slik dette at det vi er kjent med er ”trygt”.

Seks informanter ga uttrykk for at en IP skulle vært lettere å arbeide med. Noen av informantene mener at planen kunne fungert bedre hvis den hadde inneholdt færre antall problemer, mål og tiltak. Dette ville gjort den mindre omfattende, mer oversiktlig og lettere å arbeide med. En informant nevner at han tror at ”IP” ofte ønsker mer enn brukeren evner å oppnå. Han foreslår at hjelperne må være mer på brukeren sitt nivå i den

sammenheng. Han stilte spørsmål om hjelperne ønsker ting mer enn brukeren, om hjelperne har andre mål enn brukerne? Sitatene under gir uttrykk for dette.

”Jeg jobbet en gang i en kommune tidligere, før jeg begynte på DPS, og da var jeg og borti individuell plan og da ble dem ofte forferdelig stor. Da mener jeg en stor ”blekke” som faktisk ikke fungerte. Lå mer i en skuff til fyll enn til et arbeidsredskap. Det mener jeg, og vi må prøve å rydde bit for bit, ikke ete hele kaken, dele opp i biter, kakestykker. Sånn er det med livet og tror jeg, at man kan ikke takle alt på en gang”.

”Planene er kanskje for høytflyvende, rett og slett ønsker for mye, mer enn pasienten evner. Jeg tror kanskje at hjelpeapparatet må trappe litt ned på ønsket vårt, i forhold til hvor pasienten er”.

En annen informant som var av samme oppfatning uttrykte det på denne måten.

”Det er noe med KISS metoden, Keep It Small and Simple”.

En informant poengterer at brukerne som regel har korte opphold ved DPS, og at dette gjør at en ikke rekker å gjøre så mye i forhold til IP. Hun uttrykker frustrasjoner over ikke å få anledning til å være med i hele prosessen rundt IP og brukeren. Det å få delta i hele denne prosessen rundt brukeren gjør at en opplever arbeidet med IP som mer meningsfylt og tilfredsstillende, sier hun. En får i så fall mulighet til å evaluere prosessen og eventuelt se at problemstillinger rundt brukeren ”forsvinner” og at brukeren oppnår bedring.

Tre informanter mener at et felles journalsystem med mellom DPS og kommunene kan fremme en mer aktiv bruk av IP. Flere trekker frem at Sampro kunne vært nyttig i den sammenheng, dersom det hadde vært benyttet i større grad.

En informant setter fokus på motivering av brukerne når det gjelder å benytte IP. Sitatet under illustrerer dette.

”Det er jo det med at vi ikke er flink nok til å jobbe med det, at vi ikke motiverer pasienten nok til å ta tak i det, sånn at det på en måte hindrer pasienten til å komme i gang. Pasienten ikke får den rette forståelsen av hva IP kan være, at det kan være et nyttig verktøy”.

Når det gjelder temaet brukermedvirkning, så vektlegger fire informanter at det er viktig å ha fokus på at brukeren deltar i utformingen av den individuelle planen. At brukeren på den måten får et eierforhold til planen. En av informantene understreker at det er viktig å være bevisst på brukerens deltagelse ellers kan dette føre til at hjelperen vil mer enn brukeren. Resultatet kan i så fall føre til at brukeren får en ”nederlagsfølelse”. En av informantene kommer inn på tema som kan gi inntrykk av at det kan eksistere paternalistiske holdninger hos hjelperne, som nevnt i sitatet under.

”Jo du har slike folk som jobber her nå, det har en vel på alle arbeidsplasser, som har veldig mye tro på at du må oppdra folk, dem har oppdradd unger og sammenligner dette med at du må grensesette folk, så det tror jeg hemmer brukermedvirkning. Jeg tror ikke det å oppdra voksne folk vil lykkes, så dette med grensesetting, av og til må en bare la folk prøve seg selv, så får det gå som det går”.

En annen informant sier dette;

”Det bevisstgjør meg jo å jobbe med IP. Bevisst på at det ikke er jeg som bestemmer over brukeren, jeg tar bestandig med brukeren når jeg planlegger noe, spør brukeren da om hva han synes om dette”.

Kort oppsummert, så mener et flertall av informantene at IP er uoversiktlig og vanskelig å arbeide med slik den er brukt på DPS i dag. De mener at den blant annet inneholder for mange problemstillinger, mål og tiltak, at den ”gaper” over for mye på en gang. En kan få inntrykk av at IP på denne måten kan bli en kilde til frustrasjoner for både brukerne og hjelperne. En frustrasjon over at problemene kan være for overveldende til å få gjort noe med. Dette kan føre til at IP blir liggende i en ”skuff” heller enn å bli benyttet som et verktøy og en prosess for å hjelpe brukerne tilbake til en bedre livssituasjon.

Når det gjelder forbedringer i forhold til brukermedvirkning, så mener flere informanter at det er av stor betydning at hjelperne er bevisst på brukerens deltagelse i utformingen av planen. Dette kan bidra til at brukeren får et eierforhold IP, og i tillegg vil dette kunne forebygge paternalistiske holdninger hos hjelperne.

4.1.4 Holdninger til IP og brukermedvirkning.

De fleste informantene uttrykte at de er relativt positivt innstilt i forhold til å arbeide med IP. Noen begrunnet dette med at IP plan er nyttig fordi den blant annet bidrar til å synliggjøre hvem som skal samarbeide med brukeren. Dette vil også gjøre ting mer oversiktlig for brukeren selv og kanskje føre til mer forutsigbarhet i hverdagen. Han vet hvem han kan kontakte og forholde seg til.

”En blir litt tryggere ja. Ting blir systematisert og det blir tryggere for brukeren. Ting blir gjort, tenker jeg. At noen tar ansvar. ”Nå er det du som skal gjøre det”. ”Kan du ordne med det”.

Et annet aspekt som utmerket seg når det gjelder holdninger til IP, var at et flertall av informantene mente at uansett om brukeren har en IP eller ikke, så mener de at brukeren blir i varetatt uansett.

”Når det gjelder IP, så blir jo ting gjort uansett. IP er nok ikke en sikkerhet for at ting skal bli gjort. For vi jobber, altså vi dokumenterer vel alt uansett. Men det er klart at som et dokument for pasienten og som skal følge pasienten, så er den nok nyttig. Men jeg tenker at det som den inneholder likevel er dokumentert og blir utført”.

En annen informant formidler det slik i sitatet under.

”Nei, den individuelle planen er noe som er kommet i tillegg til på et vis, en måte å dokumentere på det jeg allerede har gjort før, tenker jeg”.

Når det gjelder holdninger i forhold til å etablere en relasjon til brukeren før tema om IP ble tatt opp med brukerne, så mente tre av brukerne at dette var viktig. To informanter ga uttrykk for det ikke var av så stor betydning eller at relasjonsbygging kunne komme i etterkant og at tema om IP kunne tas opp igjen senere når relasjonen var etablert.

Det var tendens til at informantene hadde delte meninger når det gjelder brukermedvirkning i forhold til IP. Mange ga uttrykk for at de ønsket om bred deltakelse fra brukeren i planarbeidet. De mente at brukeren måtte være tydelig på hva han ønsker og trenger hjelp til. Flere knyttet en sammenheng mellom brukerens evne til deltakelse i planarbeidet og hvilken sykdomsfase han var i.

”Hvis det ikke finnes brukermedvirkning, så kan jeg egentlig ikke forstå at ting skal bli bra jeg. Da blir det bortkastet tid. Jeg tenker i alle fall litt slik. Du kan ikke tre ting over hodet på folk flest”.

Noen informanter var derimot var av en annen oppfatning. Dette blir gjengitt i sitatet nedenfor.

”Det er jo personalet sine holdninger, det er lettvis å kjøre sitt eget løp, se sine egne behov, så også personalet. Det å være lyttende kan være ganske krevende, så det kan være lettere å kjøre sitt eget løp, men en må se hva en er her for. Det er vel kanskje det viktigste, det ligger jo i personalet og, i våre holdninger. Brukermedvirkning er et veldig forslitt ord, jeg vet ikke noe som er bedre, men jeg opplever at det blir mye snakket brukermedvirkning og så blir det mer som et festord”.

”At de ikke blir spurt om hva som er brukermedvirkning for deg som bruker, hva er din opplevelse. Når det er hjelperne som definerer brukeren sin opplevelse så er det...”.

En annen informant uttrykker det slik;

”Det som vi opplever er gjerne at de som har bruk for det er ganske dårlig da, at det på en måte ikke er enkelt å få de med på brukervedvirkning som det er sagt. De som mestrer det er kanskje såpass OK at de mestrer livet utenfor, men de som kanskje virkelig trenger det er kanskje pasienter som vi på en måte må styre litt for å få til ting”.

4.1.5 Informasjon – kunnskap om IP

Informasjon og kunnskap om IP viste seg å være et tema som informantene engasjerte seg i. De kom med mange refleksjoner i forhold til om brukerne egentlig har tilstrekkelig kunnskap om IP til å forstå hva det går ut på. To av informantene ga uttrykk for at de undersøkte at brukerne visste hva en IP er og at de ga adekvat informasjon ved behov. Flertallet av informantene mente det ikke blir gitt tilstrekkelig informasjon om IP til brukerne. En del begrunnet dette med at det var for lite fokus på dette, mens andre mente at det er vanskelig å gi informasjon når en ikke kan så mye om temaet selv. En person syntes det var nyttig å lese en brosjyre om IP selv, før hun ga informasjon om det til brukerne. En del av de andre informantene fortalte at de delte ut brosjyrer om IP til brukerne slik at de skulle bli informert om hva en slik plan inneholdt.

”Det som er vårt dilemma er at jeg synes at når vi deler ut brosjyrer og sånt, så leser folk det, men det virker ikke som vi får engasjement, at det egentlig inkluderer de så mye, men det har jo litt med vår informasjon å gjøre da”.

En annen informant var inne på samme tema som sitatet ovenfor viser. Denne informanten undrer seg også over hvordan en kan få brukerne mer engasjert i IP? Han mener at brukerne ville blitt mer engasjert i IP hvis de hadde forstått nytten av en slik plan. Han bruker i den forbindelse metaforen ”salg” når det gjelder omtalen av IP i sitatet under.

”Først må det selges til oss så vi skjønner vitsen med det. Så kan vi selge videre. Du blir en dårlig selger hvis du ikke tror på varen. Vi kan være gode sykepleiere, men dårlige selgere”.

Generelt så viste det seg at de fleste informantene undret seg over om både brukernes- og hjelpernes kunnskapsnivå om IP var for lavt. En av informantene uttrykte usikkerhet om hjelperne egentlig er klar over hvem som har krav på en IP. Flere informanter reflekterte over om brukerne kanskje var redd for at det ville bli stilt for store krav til dem, hvis de sa ja til en IP.

4.2 IP - organisering i DPS, rutiner

4.2.1 Har IP/ vil ha IP

De fleste informantene ga inntrykk av, eller mente at de har rutiner med å spørre brukeren om han har en IP eller har behov for en plan ved inntak til DPS, men det viste seg at det likevel var en usikkerhet rundt dette. Dette kommer til uttrykk i sitatet under.

”Vi har den rutinen som sagt, der vi spør pasienten om han har individuell plan. Men jeg ser jo at det ofte blir glemt å spørre om det. Kan skyldes glemsomhet rett og slett, andre fokuser. Jeg vet ikke om personalet synes det er like matnyttig, og at den som ikke vet og kan så mye om det synes det er unødvendig”.

En kan få inntrykk av at det formelt eksisterer rutiner for å spørre om brukeren har eller ønsker en IP, men at det likevel ikke alltid blir gjort i praksis. En annen informant er usikker på om det i hele tatt blir etterspurt om brukerne har en IP. Hun undrer seg over om registreringen av IP er for dårlig. Hun sier at det er oppført både på innnotat og utnotat i den elektroniske pasientjournalen at en skal undersøke behov for en IP. Hun mener at det uansett er få brukere som ønsker en IP og legger til at dette kan skyldes at hjelperne ikke er flink nok til å formidle informasjon om IP. En annen informant formidler at han sitter med en oppfatning av at når han spør om IP ved inntak, så hender det ofte at brukerne er usikre på om de har en plan eller ikke.

”Mange vet jo knapt de har en IP. De tror de har en plan, brukermedvirkningen kan ikke ha vært noen stor suksess. Så sjekker man litt med kommunen, og får bekreftet det, da er det tydeligvis andre som har stått for den, det showet der”.

Flere av brukerne svarte bekreftende på at det finnes sjekklister eller som beskrevet ovenfor, inntaknotat eller utnotat, hvor en skal dokumentere om det er blitt spurt om

brukerne har- eller vil ha en IP. Bare en av informantene nevnte at det er når det nærmer seg utskrivelse at det blir spurt om de vil ha IP. Noen informanter nevner at tema om behov for IP ikke blir tatt opp til diskusjon igjen senere i løpet av oppholdet. Dette ble blant annet begrunnet med at dersom brukeren ikke ønsker en plan, så må dette respekteres.

Hvis en tar en kort oppsummering, så viser det seg at de fleste informantene mener at det eksisterer rutiner ved DPS for å kvalitetssikre at brukerne blir forespurt om de har eller vil ha en IP. På en annen side derimot kommer det frem at flere av informantene er usikre på om disse rutinene blir godt nok etterfulgt av hjelperne.

4.2.2 Utarbeide IP ved DPS

I forrige avsnitt ovenfor, så viste det seg å være en tendens til at det i praksis ofte ikke ble undersøkt om brukerne hadde en IP eller om de ønsket dette. En kan få inntrykk av at dette også gjenspeiler seg i dette avnittet som handler om utarbeidelse av IP ved DPS. Den generelle tendensen viser at flertallet av informantene mener at å starte opp en IP ikke ligger innenfor ansvarsområdet til et DPS, eller i alle fall at dette er et uavklart ansvarsområde. De samme tendensene så en også i avsnitt om ansvar for IP under ”Brukernes rolle-IP”.

”Etter det jeg har forstått så skal vi ikke starte opp her, vi skal gi informasjon, så skal kommunen finne koordinator”.

Den virker som om at det er flere faktorer som spiller inn enn bare usikkerhet rundt ansvarsområde for IP. Flere informanter er av den oppfatning at siden brukerne i all hovedsak er innlagt i DPS for en kortere periode, så er det begrenset hva en rekker å gjøre i forbindelse med å utarbeide en IP. På den annen side så viste det seg at hjelperne var positivt innstilt til å delta i prosessen med IP dersom kommunen ba om dette. De var blant annet innstilt på å delta på ansvarsgruppemøter.

”Det var ikke her, her har ikke jeg jobbet ut noen individuell plan. Er også litt villig til det og, føler at det meste må ligge ut i kommunen, her er folk så kort tid,

ofte er det bare en uke, da vinner du ikke tenke, det må være en koordinator som er ute i kommunen som kaller oss inn etter det behov som er”.

Ingen av informantene kunne bekrefte at de hadde vært med på å starte opp en IP mens brukerne hadde vært innlagt i DPS, men noen sa at de hadde vært delaktig i oppstart av IP fra kommunalt nivå. De hadde tatt kontakt med kommunen for å informere om brukere sitt behov for en IP.

4.2.3 Ansvar for rutiner – forankret

I et DPS må personalet, som ved de fleste andre institusjoner, forholde seg til rutiner i forbindelse med ulike gjøremål og arbeidsoppgaver. I følge Helsedirektoratet (2010), så bør arbeidet med IP være forankret på øverste nivå i både kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Et stort flertall av informantene i denne studien hadde ulike oppfatninger om hvor ansvaret for IP egentlig er forankret. En informant antok at de var pålagt av Helsedirektoratet å undersøke om brukerne har en IP eller har behov for en IP, noen informanter understreket at dette er et ledelsesansvar i de enkelte institusjoner, mens andre informanter nevnte at det er de ”kvalitetsansvarlige” i DPS sitt ansvar. En informant mente at enhetsleder i institusjonen er ansvarlig for rutinene rundt IP. Et par informanter kunne ikke svare på hvem som hadde ansvar for rutiner, siden de mente at det ikke eksisterte noen rutiner for IP i institusjonene deres.

En av Informantene som nevnte at rutiner for IP er et ledelsesansvar, ga uttrykk når ansvaret for IP er tydelig forankret på ledernivå, så kunne dette bidra til klarere linjer for iverksetting av en IP. Med andre ord så kan dette gjøre at det blir mer fokus på IP i institusjonen og at ansatte i større grad blir pålagt å opprette IP. Sitatet nedenfor er ment å illustrere dette.

”Jeg tror det er et ledesspørsmål i DPS, i en hvilken som helst enhet, ikke sant. I hvert fall fungerer det slik i mitt arbeidsliv at det jeg får beskjed om skal gjøres, det gjøres. Her er det ikke noe klar beskjed om dette”.

Ytterligere en informant sa at hun ikke visste hvor ansvaret ligger for at det er rutiner i forhold til IP. Hun mente at det hadde blitt mer fokus på dette området etter at de hadde

hatt undervisning i forbindelse med Sampro. I etterkant av dette hadde personalet bedt om å få informasjonsmaterieil i form av brosjyrer om IP for tilegne seg mer kunnskap om IP.

4.3 IP – organisering i DPS, opplæring

4.3.1 Holdninger til opplæring

Alle informantene unntatt en sa at de hadde fått opplæring hvordan en IP skal utformes. Noen hadde fått undervisning gjennom kurs i kommunen, opplæring gjennom arbeidsplassen sin eller undervisning ved høyskoler. Den ene informanten som ikke hadde fått noen slags form for undervisning om IP sa at hun gjerne ville takket ja til tilbud om opplæring.

Generelt sett så kom det frem en positiv holdning blant informantene i forhold til å få undervisning om IP, men det viste seg at det var lenge siden de hadde fått denne opplæringen. Dette var noe flertallet av dem ga uttrykk for.

”Nå er det veldig lenge siden jeg fikk opplæring. Det var veldig mange år siden, det var vel i 2003 eller noe sånt, når vi fikk informasjon om det”.

Denne informanten var noe usikker på hvem sto for opplæringen, men antok undervisningen ble gitt ved arbeidsplassen. Denne usikkerheten rundt undervisningssted og når opplæringen ble gitt, gjenspeiler erfaringer fra flere av informantene. Flere av dem var usikker på dette. Dette kan utrykke at det kanskje ikke har vært så stort fokus på opplæring om IP i den senere tid? En annen informant uttalte at hun synes det var greit med opplæring om IP, men at dette dessverre var noe som ikke ble tatt i bruk i etterkant av undervisningen. Sitatet under illustrerer dette.

”Jo, altså den var grei nok, men så var det ikke noe som ble tatt i bruk etterpå, og dermed så blir det jo glemt, vet du. Nei, det ble ikke tatt i bruk. Vi var vel alle enige om at det var, at det kunne bli et godt verktøy”.

Denne informanten undret seg over at når personalet tidligere har fått undervisning i forhold til for eksempel elektronisk pasientjournal, så hadde de gått tilbake til

arbeidsplassen og tatt dette i bruk. Slik har det ikke vært med IP, sa hun. Hun reflekterte over at dette med IP ikke ble tatt så alvorlig siden det ikke brukes i større utstrekning.

Noen informanter mente at det burde vært en slags form for undervisning på de ulike arbeidsplassene, og gjerne i form av rollespill. De mente at dette kunne bidra til at en setter fokus på brukeren på en nyttig måte, at det oppleves mer reelt. Slik at en unngår at det bare blir en generell teoretisk opplæring. En informant reflekterte over om årsaken til at de ikke hadde fått opplæring om IP ved arbeidsstedet, kunne skyldes at det var så lenge siden IP har blitt innført, slik at ledelsen i institusjonen forventet at de kunne dette nå.

4.3.2 Resultat av opplæring

Når det gjelder resultat av opplæring om IP, så mente flere informanter at undervisning om IP er både kan være nyttig og interessant. En informant mente at undervisningen kunne ha betydning for arbeidsplassen sin bruk av IP. Hun sa at undervisningen gjorde at de ansatte på arbeidsstedet fikk mer ”faglig påfyll” og at dette førte til at de på en måte fikk en ny ”giv”. Hun mente at dette bidro til en form for kvalitetssikring i forhold til å utarbeide IP. Hun sa at de ansatte ble ”gått litt i sømmene” etter at de hadde deltatt på undervisningen om IP. Når det ble et større fokus på IP på denne måten, så skulle hjelperne og andre kontaktpersoner til brukerne forplikte seg til blant annet å komme på ansvarsgruppemøter. Hun sa at opplæringen bidro til at det ble mer fokus på IP, som illustrert i sitatet under.

”Vi ble mer bevisst, og alle våre hadde individuell plan. Vi ble jo gått litt etter i sømmene på det, om vi hadde det”.

Fire informanter mente at opplæringen i IP ikke hadde hatt noen spesiell betydning i forhold til bruk av IP ved arbeidsplassen i etterkant av undervisningen. Her ble det blant annet nevnt at de ikke fikk brukt kompetansen de hadde opparbeidet seg etter undervisningen om IP. En informant fortalte at det bare ”skled ut” på en måte. Hun reflekterte over om de som hadde deltatt på undervisningen kanskje ikke var gode nok til å formidle kunnskap om IP til sine medarbeidere. Hun mener dette kan skyldes at de følte at det de lærte om IP var noe de egentlig ikke hadde bruk for. En annen av disse fire informantene mente at noe av grunnen til at opplæringen ikke førte til større oppslutning omkring IP på arbeidsstedet, kunne skyldes at hjelperne er usikre på hvem som egentlig

har ansvar for å utarbeide en IP. Dette er et tema som også er nevnt under avsnittet om ”Ansvar for IP” ovenfor.

”Jeg tror nok at, vi opp gjennom tiden har vært litt usikker på hvem som har hatt ansvaret. Skulle dette gjøres mens vedkommende var her, var dette et kommunalt ansvar? Dette har på en måte ikke vært klinkende klart har jeg hatt inntrykk av”.

Hun mente selve opplæringen om IP var grei nok, men dette var ikke noe som ble tatt i bruk i ettertid og dermed så ble det på en måte ”glemt”. Hun formidlet at både hun og medarbeiderne mente at en IP kunne være et godt verktøy for blant annet å sikre at brukerne fikk et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Hun fortalte videre at tilgjengeligheten i forhold til IP også var av betydning for i hvilken grad IP ville kunne bli benyttet i institusjonen. Hun mente at det var tungvint å bruke IP i forhold til at den er lite tilgjengelig plassert i det elektroniske journalsystemet (EPJ). Hun synes planen var vanskelig å finne der. Hun nevnte i tillegg at det er først i den senere tid at IP har blitt tilgjengelig i EPJ, og hun mener at det kun var behandlerne i institusjonen som hadde tilgang til IP tidligere og at dette derfor også bidro til at plana på en måte lettere kunne bli ”glemt” hos personalet.

4.3.3 Oppsummering og refleksjon

Hvis en går tilbake og ser på figur 2, som gir en viss oversikt over informantenes erfaringer med IP, så kan en få inntrykk av at dette med IP er et komplekst og sammensatt tema. Det ser ut til at det kan være mange tema/ faktorer og sammenhenger mellom dem.

Det viser seg at de fleste informantene mente at ansvaret i forhold til å starte opp en IP var temmelig uklart. Flere av informantene mente at dette var et kommunalt ansvar. Noen syntes det var greit å bistå brukerne med å få etablert en IP, men var tydelig på at ansvaret deretter måtte overføres til kommunen. Kan dette med uavklart ansvar i forhold til å igangsette en IP ved DPS gjøre at hjelperne i større grad unnlater å starte opp med dette? Er de bekymret for å bli involvert i noe de ikke har oversikt over?

De aller fleste informantene ga uttrykk de har liten erfaring i forhold til samarbeid med blant annet kommunen i forbindelse med IP. De syntes dette var vanskelig å få til. En informant hevdet at en kan arbeide innen for rammen av det som kan kalles arbeid med IP, men hvor det finnes en slags motforestilling over å ”benevne” det som en IP. Dette kan ha noe med for eksempel uklarhet i forhold til å vite hvem som har ansvar for IP eller kanskje det har noe med å ville ta ansvar?

Den var en generell tendens blant informantene i forhold til at de mente at de mente at IP kan være uoversiktlig og vanskelig å arbeide med. De mener at den blant annet inneholder for mange problemstillinger, mål og tiltak, at den ”gaper” over for mye på en gang. Kan dette gjøre at arbeid med IP kan oppleves som en kilde til frustrasjoner blant både brukerne og hjelperne? Kan det være slik at for eksempel problemene i planen kan synes å være for overveldende til å få gjort noe med, og at dette igjen kan føre til at planen blir liggende i en ”skuff”, i stedet for å bli benyttet for å hjelpe brukerne å få en bedre livssituasjon?

De fleste informantene sa at de er relativt positivt innstilt i forhold til å arbeide med IP. De synes blant annet at den er nyttig, fordi den bidrar til å synliggjøre hvem som skal samarbeide med brukerne. Dette vil også gjøre ting mer oversiktlig for brukeren selv og føre til mer forutsigbarhet i hverdagen, fordi brukerne vet hvem og hvilke personer de skal forholde seg til.

Når det gjelder informasjon og kunnskap om IP, så ga et flertall av informantene uttrykk for at de ikke syntes at brukerne fikk tilstrekkelig informasjon om IP. Noen undret seg over om dette kunne skyldes at det er for lite fokus på å gi informasjon, mens andre lurte på om det skyldes at det kan være vanskelig for hjelperne å gi informasjon om IP når de ikke kan så mye om temaet selv. Kan et lavt kunnskapsnivå blant hjelperne om IP hindre et større fokus på å utarbeide en IP? Kan dette også gjøre at brukerne ikke får tilstrekkelig informasjon om IP til at de kan ta et reelt valg om de har behov for en IP eller ikke?

I forhold til om det er rutiner i institusjonen i forbindelse med å spørre brukerne om de har eller vil ha IP, så var flere av informantene usikre på dette. En kan få inntrykk av at det formelt eksisterer rutiner for å spørre brukerne om de har eller ønsker en IP, men at dette likevel blir ofte ikke blir gjort i praksis. Flere av dem undrer seg over om registreringen av IP er for dårlig.

Flere informanter er av den oppfatning, at siden brukerne i all hovedsak er innlagt i DPS for en kortere periode, så er det begrenset hva en rekker å gjøre i forbindelse med å utarbeide en IP. Ingen av informantene kunne bekrefte at de hadde vært med på å starte opp en IP mens brukerne var innlagt i DPS. Hva sier forskrifter om IP eller lovverket om plikten til å starte opp en IP ved DPS?

De aller fleste informantene hadde fått opplæring om hvordan en IP skal utformes. Generelt så var det en positiv holdning blant informantene i forhold til å få undervisning om IP, men det viste seg at det var lenge siden de hadde fått en slik opplæring. Kan dette ha innvirkning på en relativt liten utarbeidelse av IP ved DPS?

En informant reflekterte over om årsaken til at de ikke hadde fått opplæring om IP ved arbeidsstedet, kunne skyldes at det var så lenge siden IP ble innført, slik at ledelsen i institusjonen forventet at de kunne dette nå.

Når det gjelder resultat av opplæringen som har vært gitt, så mente flere informanter at den kan være nyttig og interessant. Den bidro blant annet til at hjelperne fikk ”faglig påfyll” og ny motivasjon for å arbeide med IP. Fire andre informanter mente derimot at opplæringen ikke hadde hatt noen spesiell betydning for institusjonens bruk av IP. Her ble det blant annet nevnt at de ikke fikk benyttet kompetansen de hadde tilegnet seg etter opplæringen om IP. De følte at de egentlig ikke hadde bruk for dette. Kan dette ha sammenheng med at IP er relativt lite i bruk?

Disse beskrivelsene blir første trinn i forståelsen av hva som kan bidra til å fremme en mer aktiv bruk av individuell plan i et DPS, som er undersøkelsens problemstilling. I diskusjonen som følger i neste kapittel, så vil jeg forsøke å få en økt forståelse når det gjelder bruk av IP i DPS.

5.0 DRØFTING

I drøftingsdelen er det hovedmålet å besvare problemstillingen, *hva kan fremme en mer aktiv bruk av Individuell Plan innenfor et distriktpsikiatrisk senter?* Funnene i denne studien tilsier at bruken av IP innenfor et DPS i hovedsak handler om to hovedområder; 1) brukernes rolle og 2) ledelse og organisering. Det kan dessuten være interessant å drøfte 3) om det kan være en sammenheng mellom 1 og 2 – altså forholdet mellom ledelse/organisering og i hvilken grad brukermedvirkning er implementert i DPS. Ettersom dette er en kvalitativ studie må drøftingen først og fremst forstås som en tentativ fremstilling av sammenhenger.

Som det kommer frem i drøftingen har jeg også valgt å bruke noen figurer/ modeller for å belyse mulige sammenhenger. Figurene/ modellene må altså forstås som illustrasjoner som belyser, samtidig som de utdyper i kapittel 5.3.

5.1 Brukernes rolle

Denne delen handler om brukernes rolle og jeg har valgt å sette fokus på overføring av makt fra de profesjonelle hjelperne til brukerne, myndiggjøring av brukerne, og engasjement i forhold til IP i DPS. Dette er viktig i forhold til hvilken grad brukerne får anledning til å engasjere seg i forhold til sin egen livssituasjon og bli delaktig i egen behandling. Legger de profesjonelle hjelperne til rette for at DPS skal være en arena hvor tjenestemottakerne opplever brukermedvirkning? Som vi skal se så kan overføring av makt- til og myndiggjøring av brukerne være viktige faktorer i forhold til utvikling av brukermedvirkning hos tjenestemottakerne.

Overføring av makt.

Et flertall av informantene ga uttrykk for at de syntes IP var relativt vanskelig å arbeide med, i forhold til at planen kunne være for omfattende. De mente at den ofte inneholdt for mange problemer, mål og tiltak. De hevdet også at planen kunne inneholde mer enn brukeren hadde ressurser til å oppnå, som for eksempel for høye mål. En kan få inntrykk av at hjelperne kanskje hadde for høye forventninger til brukernes ressurser og engasjement i planarbeidet. Helsedirektoratet (2010) påpeker at en IP skal være tjenestemottakerens plan, og at det er hans eller hennes mål det skal arbeides mot. De hevder ellers at det er viktig at mål er oppnåelige, i motsatt tilfelle vil det ellers kunne føre

til at brukeren opplever økt nederlagserfaring (Helsedirektoratet 2010). Dersom en IP inneholder for mange problemstillinger, mål og tiltak eller med andre ord at den ”gaper over for mye”, så kan en stille spørsmål ved om en slik situasjon kan føre til frustrasjoner for både brukerne og hjelperne? Vil kanskje brukerne i slike tilfeller oppleve at IP blir for overveldende, at problemene rundt deres livssituasjon for eksempel blir for omfattende til å få gjort noe med? Vil hjelperne i en slik situasjon kunne få inntrykk av at de ikke strekker til i forbindelse med å hjelpe brukeren med problemene hans/ hennes? Vil dette igjen føre til at IP blir liggende i en ”skuff” heller enn å bli benyttet som et verktøy og en prosess for å hjelpe brukerne til en bedre livssituasjon?

Gunnar Vold Hansen (2007) og (Sverdrup, Myrvold og Kristofersen 2007) sier at det er de profesjonelle som sitter med definisjonsmakten overfor hva som er akseptable behov, og at de har en tendens til å definere hvilke problemer og behov tjenestemottakerne har. Helen Bull (2008) hevder at det er en grunnleggende asymmetri i maktforholdet mellom de profesjonelle hjelperne og brukerne. Tjenesteyterne hadde stor makt i forhold til brukerne (Bull 2008).

Det viste seg at enkelte av informantene i studien ga uttrykk for at det kan eksistere paternalistiske holdninger hos personalet ved DPS, og at dette kan bidra til at brukerne kjenner seg styrt utenfra. De ga uttrykk for at det å innta en lyttende holdning overfor brukeren kunne være ganske krevende, og at det blant annet derfor kunne være lettvisst for hjelperne å kjøre sitt eget løp i relasjonen til brukerne. Kanskje de profesjonelle hjelperne inntar en ”vi vet best holdning” og handler på vegne av tidligere erfaringer i forhold til behandling av andre brukere? De kan i så fall komme med ”gode råd” som de mener kan bidra til å hjelpe brukeren ut av uføret. Hensikten bak kan være av beste mening, men faren for å innta ekspertrollen vil være stor. Dessuten kan det i tillegg gå på bekostning av å møte brukeren som en unik person. I følge Askheim og Starrin (2007), så er det paternalistiske systemet basert på en forestilling om at vanlige mennesker er passive, uvitende og har et stort behov for hjelp og styring ovenfra. En antar at de ikke er i stand til å vite hva som er best for dem og at det er opp til en ”ekspert” eller med andre ord en profesjonell hjelper til å bestemme dette (Askheim og Starrin 2007).

Willumsen (2005) hevder videre at brukermidvirkning kan sees i sammenheng med ulike aktørers kontrollmuligheter i relasjonen. Som illustrert i figur 1 (kapittel 2.0) finnes det to

ytterpunkt med hensyn til i hvilken grad brukeren har kontroll over sin påvirkning i forhold til prosessen med å delta i utforming av tjenestetilbud, her tenker en da på utforming av IP, og til å fatte beslutninger i denne prosessen. På den ene siden når brukeren er helt til høyre i modellen, så vil brukeren ha full kontroll og selvbestemmelse over eget liv, og da vil profesjonelle hjelpere ha svak kontroll/ makt. I det motsatte tilfellet, når de profesjonelle hjelperne er helt til venstre i modellen, så vil de ha stor grad av kontroll/ makt og brukerne liten grad av kontroll/ makt, da er det sannsynlig at hjelperen opptrer paternalistisk overfor brukerne (Willumsen 2005). Midten av figuren representerer det en kan kalle partnerskap. Her har brukerne og helsearbeiderne like mye kontroll over prosess og beslutninger. Her skal altså brukerne delta sammen med hjelperen i å ta beslutninger. Partnerskap legger til rette for en omfordeling av makt fra helsepersonell til brukeren (Willumsen 2005; Henderson 2003). Graden av kontroll og makt vil altså kunne prege relasjonen mellom brukerne og hjelperne ved ulike grader av brukermedvirkning.

Myndiggjøring av brukerne – engasjement i egen behandling.

For at brukerne skal kunne oppnå få et eierforhold til IP, så mener flere av informantene at det er viktig at brukerne deltar i utformingen av IP. Spesielt med tanke på at brukere som opplever å arbeide mot egne ønsker og mål også får økt motivasjon til å delta i egen behandling (Helsedirektoratet 2010). En må vel derfor forsøke å balansere maktforholdet mellom brukerne og hjelperne, jamfør figur 1 (kapittel 2.0). I den forbindelse kan det være viktig å ha fokus rettet mot å myndiggjøre brukerne eller med andre ord overføre makt fra de profesjonelle hjelperne til brukerne. Empowerment handler i stor grad om overføring av makt fra blant annet profesjonelle hjelpere til brukerne (Gibson 1991; Vatne 1998; Askheim og Starrin 2007; Linhorst og Eckert 2003). Cheryl Gibson (1991) (Vatne 1998) sier at empowerment viser til en relasjon karakterisert av involvering og samarbeid. På en annen side kan det noen ganger være vanskelig å myndiggjøre brukeren. Situasjonen kan være slik at brukerne er i så dårlig psykisk form at de ikke er i stand til verken å vurdere om de vil ha en IP eller til å delta i utformingen av en slik plan. Dette kan være en aktuell situasjon når brukeren kommer til et opphold ved for eksempel et DPS. Dersom brukeren er i en dårlig periode i sykdomsfasen, så kan starten på oppholdet fortone seg som vanskelig for brukeren, som kan sies å være i en sårbar situasjon. Hvis det i tillegg er første innleggelse i et DPS, så kan det oppleves utrygt å måtte forholde seg til ukjente mennesker som hjelpere og medpasienter. En av informantene fortalte at hjelperne ofte opplever at de

brukerne som har behov for en IP er i svært dårlig psykisk form. Dette gjør at det ikke alltid er så enkelt å la brukeren få medvirke i sin egen behandling. Hun legger til at dette er kanskje brukere som hjelperne må styre ”litt”.

Studien viser at det er mest vanlig å spørre brukerne om de vil ha en IP samme dag som de kommer til DPS. Noen informanter sa at det ikke var vanlig at brukeren blir spurt om han vil ha en IP senere i løpet av oppholdet. Hvordan ville det ha vært hvis hjelperne tok opp tema om IP ved en senere anledning? Kunne det tenkes at brukeren var mer tilgjengelig, bedre psykisk form, til å kunne motta informasjon om IP og reflektere over behovet for dette da? Det kan være nok å forholde seg mer over på venstresiden av figur/ modell 1 i situasjoner hvor brukerne kan oppleves som sårbare, som for eksempel på innleggelsesdagen. Jeg velger å bruke et sitat nedenfor som en illustrasjon i denne diskusjonsdelen.

”Når det gjelder brukernes engasjement i IP, så kan det hende at det kunne blitt valgt et annet tidspunkt, at vi ikke avtaler der og da, men heller ser hvor tid pasienten er mer i form til å gjøre det, men samtidig er jo dagene spikret, så det er ikke så lett å få det til.”

I en slik situasjon kan det være tilstrekkelig å gi informasjon om at det er tilbud om IP ved DPS på et tidlig tidspunkt, men at det blir litt opp til brukeren å ”styre” når dette temaet skal diskuteres. Kanskje kan dette bidra til å fremme en mer aktiv bruk av IP i institusjonen? Alternativet kan ellers være at temaet om IP kun blir en rutinemessig presentasjon ved innleggelsen ved DPS.

Det kan også være vanskelig for brukerne å ta egne valg og engasjere seg i samarbeid med hjelperne og omgivelsene for øvrig når de er i labil psykisk form. Vatne (2006) hevder for eksempel at sårbarhet hos mennesker med psykiske lidelser viser seg ofte i situasjoner hvor de opplever å være i krise og i situasjoner hvor de er preget av maktubalanse. Opplevelse av avmakt og mangel på uforutsigbarhet kan føre til økt angstnivå (Vatne 2006). Når en bruker befinner seg i en slik situasjon, hvor brukeren i mindre grad er i stand til å ta omsorg for seg selv, må han sannsynligvis befinne seg mer over på venstre siden i figur 1 (kapittel 2.0) (Willumsen 2005), hvor hjelperen inntar en mer paternalistisk holdning. I følge Willumsen (2005), så kan det i slike situasjoner være det eneste som er

faglig og etisk forsvarlig. Etter hvert som brukeren mestrer å ta mer omsorg for seg selv, så vil hjelperen kunne bevege seg mer mot høye i figur 1 (kapittel 2.0) (Willumsen 2005). Er de profesjonelle hjelperne bevisst på å overføre makt til brukerne og bevege seg i retning mot høye i figur 1 (kapittel 2.0), når brukerne har vært i dårlig psykisk form i en periode? Det kan noen ganger kanskje være lett å holde fast i en holdning overfor brukeren som tilsier at han ikke er i stand til delta i egen behandling. At en venter for lenge med å forsøke å motivere eller engasjere brukeren til å delta. I følge Michaelsen, Vatne og Hollingen (2007), så mener de at det kan være vanskelig å involvere brukeren til å medvirke fordi mange brukere over tid har utviklet en passiv rolle, og fordi de profesjonelle hjelpere har for lave forventninger til brukerens deltakelse.

Noen av informantene mente at det ikke var nødvendig å etablere en relasjon til brukeren i forkant av å ta opp tema i forhold til om brukeren ville ha en IP. Som nevnt i avsnittet ovenfor, så sa de fleste av hjelperne at de vanligvis spør brukerne om de ønsker en IP når de blir innlagt i DPS og at dette er en del av rutinene i institusjonen. Intensjonene i forskriften om IP betinger en god dialog og samhandling mellom brukere og fagpersoner (Sosial- og helsedirektoratet 2005). I den sammenheng, så er det viktig at fagpersonene må vinne tillit hos brukerne ved å bruke nødvendig tid til relasjonsbygging. I arbeid med IP er brukermedvirkning essensielt og det er viktigere å prioritere dette enn å prioritere rask fremdrift i planarbeidet (Trefjord og Hatling 2004).

Samlet kan vi altså si at funnene i stor grad tyder på at det kan være vanskelig for hjelperne å gi slipp på ekspertrollen overfor brukerne. I tillegg viser det seg at spørsmål om brukerne vil ha en IP kan være et mer formelt og rutinemessig anliggende hos hjelperne, heller en et oppriktig engasjement for å fremme mer bruk av IP i DPS.

Slik informantene som jobber ved DPS ser det, så kan en få inntrykk av at brukermedvirkning kan være vanskelig å få til selv om informantene har en positiv holdning til dette. I lys av problemstillingen kan det være en antakelse at økt grad av brukermedvirkning nok ville hatt større sannsynlighet for å skje dersom en i større grad hadde greid å fremme bruken av IP i DPS, og lykkes i større grad med å overføre mer makt fra hjelperne til brukerne og myndiggjort dem i større omfang enn i dag. Dette kunne bidratt til at brukerne i større grad hadde fått et eierforhold til IP og blitt mer deltakende i sin egen behandling.

5.2 Ledelse og organisering

I denne delen settes det fokus på ansvarsforhold i forbindelse til iverksetting av IP, kunnskap og opplæring i forhold til IP og ulike maler for IP. Dette viste seg å være sentrale tema hos informantene i studien, og sier noe om hva hjelperne mener i forhold til ansvar for å starte opp en IP ved DPS og i hvilken grad de kjenner seg kompetente nok til å informere og tilby brukerne IP under opphold ved et DPS. Mot slutten av kapitlet vil en kort diskutere hvordan ulike maler for IP eventuelt kan bidra til å forsterke frustrasjon over IP.

Iverksette IP.

Studien viser at et flertall av informantene gir klart uttrykk for at dette med å starte opp en IP ved et DPS bærer preg av å være et ansvarsområde som fremstår som uavklart. Flere av informantene mener at iverksetting og utarbeidelse av en IP er en oppgave for hjemkommunen til brukerne. Et argument som ble vektlagt av informantene i den sammenheng, var at siden de fleste brukerne er innlagt i DPS for en kortere periode, så er det begrenset hva en rekker å gjøre i forhold til å utarbeide en IP. Er dette en begrunnelse som fratar ansatte ved DPS å iverksette – eller ta initiativ til at hjemkommunen tar sitt ansvar for utarbeiding av IP? En kan få inntrykk av at det hersker en stor tvil blant informantene om en egentlig har plikt til å starte opp en IP på spesialisthelsetjenestenivå, altså ved et DPS.

I følge veileder for Individuell Plan (Helsedirektoratet 2010), så presiseres det at den delen av kommunens helse- og sosialtjenester eller helseforetaket som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for arbeidet med IP igangsettes. Her tilføyes det også at dette gjelder uavhengig av om tjenestemottakeren mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet (Helsedirektoratet 2010). En ser altså at det er klare føringer i forhold til lovverket som tilsier at også helseforetak, som DPS er en del av, også er pliktig til å igangsette utarbeidelse av IP. Når det gjelder hjelpenes refleksjoner i forhold til at brukerne er innlag i relativt kort tid ved DPS, og at det er begrenset hvor mye de får gjort i med en IP, så sier Helsedirektoratet (2010) blant annet at, i de tilfeller hvor en starter opp IP i spesialisthelsetjenesten (DPS), så vil det være ulikt hvor langt en kommer i utarbeidelsen av planen før brukeren utskrives. Uavhengig av dette skal det før utskrivelse til blant annet kommunen, gjøres avtaler som sikrer at brukeren får nødvendig oppfølging (Helsedirektoratet 2010). Helsedirektoratet (2010) tilføyer at en

igangsatt planprosess kan være svært viktig i slike sårbare overganger. En kan i den sammenheng undre seg over hvorfor ansatte ved blant annet DPS synes at ansvaret i forhold til å utarbeide en IP er så uklart? Kan dette sees i sammenheng med prioriteringer i forhold til IP blant institusjonens ledelse, at det er lite fokus på IP blant lederne i institusjonene?

Det viste seg av flere av informantene i studien var usikre på hvem som hadde ansvaret for rutiner vedrørende utarbeiding av IP i DPS'ene. Andre informanter hadde ikke forslag til hvem som kunne sitte med ansvaret, siden de mente at det ikke eksisterte rutiner for utarbeidelse av IP i institusjonen. Det kan se ut til at IP i mindre grad er implementert på systemnivå ved DPS. Funn i studien til Iversen og Ødegård (2010), viser blant annet at det kan være for lite bevissthet om IP blant fagfolkene og at IP ikke blir oppfattet som et sentralt tema og en faglig oppgave. Funnene i studien viser også at IP heller ikke var noe sentralt ledelsestema, verken innad i institusjonen eller utad. Her kan det se ut som om IP ikke blir viet større oppmerksomhet på ledelsesnivå.

Funn i studien til Anne Hollingen (2008) peker også i retning av at IP ikke er godt nok forankret i spesialisthelsetjenesten. Hollingen (2008) mener at IP krever forankring på systemnivå altså hos ledelsen (Hollingen 2008; Trefjord og Hatling 2004). Trefjord og Hatling (2004) understreker at viktige aktører som blant annet institusjoners faglige ledelse og fagfolk må forplikte seg til å forankre og etterspørre arbeidet med IP. Kan det tenkes at dersom institusjonene hadde hatt gode interne kontrollrutiner på at IP blir utarbeidet ved behov, at lederne regelmessig spurte hjelperne om dette, at dette kunne bidratt til økt bevissthet om IP blant fagfolkene ved for eksempel DPS?

Det kan altså være mange faktorer som gjør at bruken av IP ikke er så utbredt som myndighetene ønsker. At IP ikke er godt nok forankret i institusjonenes ledelse er en viktig faktor som kan bidra til å hemme, heller enn å fremme en mer aktiv bruk av IP ved DPS. På den annen side så kan en vel forvente at de profesjonelle hjelperne eller fagfolkene ved DPS også må bidra med sitt for å kunne hjelpe brukerne på en mest mulig adekvat måte, og en IP kan være et godt verktøy i den forbindelse. Kanskje er dette med IP noe hjelperne gruer seg til å ta tak i, siden det er så uavklart om de egentlig er pålagt å utarbeide dette? Er hjelperne redd for å bli involvert i eller å ta ansvar for noe de ikke har oversikt over?

Som profesjonsutdannede fagfolk, som for eksempel sykepleiere, så har de også et ansvar for å tilby brukerne faglig forsvarlig hjelp. Når en reflekterer over at formålet med en IP først og fremst er at brukerne skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og at han/ hun gjennom IP skal få styrket sin innflytelse over sin situasjon (Helsedirektoratet 2010), så kan en vel si at dette kommer inn under det som kan kalles faglig forsvarlig helsehjelp. Arne Orvik (2009) hevder at profesjonelle hjelpere på et selvstendig grunnlag kan styre arbeidsprosessene i samsvar med lovpålagte plikter, innenfor sine myndighetsområder. Dermed blir de langt på vei sine egne ledere også (Arne Orvik 2009). Arne Orvik (2009) poengterer at arbeidsgivere er avhengig av et nært samarbeid med fagpersonalet for blant annet å få til en forsvarlig drift. Dette med å utarbeide en IP kan altså sees på som et felles ansvar som involverer både institusjonens ledelse og de profesjonelle hjelperne. Men Orvik (2009) understreker at det er ledere og arbeidsgivers ansvar å styre virksomheten som helhet, som for eksempel et DPS. Det er ledelsens ansvar å legge til rette for at systemet rundt brukere og personale fungerer (Orvik 2009). I denne sammenheng kan det forstås som å legge til rette for at arbeidet med IP fungerer i institusjonen.

IP og opplæring.

Hvis en nå ser bort fra dette med ansvarsområde i forhold til å utarbeide en IP, kan det være slik at det er også grunn til å tro at usikkerhet rundt IP også kan skyldes manglende kunnskap om IP blant hjelperne? Kan dette i så fall også være et element som gjør det vanskelig å fremme bruken av IP ved DPS?

Funn i studien viste at de fleste informantene hadde fått en eller annen slags opplæring i forhold til å utarbeide en IP, men de aller fleste hjelperne ga uttrykk for at dette var mange år siden. En informant mente at hun fikk opplæring om IP i 2003. Det er altså syv år siden opplæringen fant sted. En annen hjelper undret seg over om årsaken til at personalet ikke hadde fått undervisning om IP ved arbeidsstedet, kunne skyldes at det var så lenge siden IP ble innført, slik at ledelsen i DPS kanskje forventet at de ansatte kunne dette nå. Som tidligere nevnt så ble IP innført allerede i 2001 (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Hvorfor får en da inntrykk av at arbeidet med IP fortsatt er i ”startgropa”?

Flertallet av informantene mente også at det ikke blir gitt tilstrekkelig informasjon om IP til brukerne. En del av dem begrunnet dette med at det var vanskelig å gi adekvat

informasjon når en ikke har så mye kunnskap om temaet selv. I studien viste det seg at de fleste informantene ga uttrykk for at de var usikker på om både hjelpernes og brukernes kunnskapsnivå om IP var for lavt. I veileder for IP (Helsedirektoratet 2010), så påpekes det at både tjenesteytere og saksbehandlere trenger opplæring for å kunne informere om IP. Det kan være problematisk å tilby brukeren en IP dersom hjelperen ikke har tilstrekkelig kunnskap om planen og hva det innebærer for brukeren å takke ja til en plan. Det vil også kunne by på problemer å gi brukerne informasjon om IP dersom hjelperens kunnskap om IP er mangelfull. En av informantene sa at IP først må "selges" til de profesjonelle hjelperne slik at de skjønner hensikten med den, så kan de "selge" den videre til brukerne. Metaforen "selge" kan vel forstås i den sammenheng at det er en relativt vanskelig å formidle at IP kan være et nyttig verktøy for brukerne, hvis hjelperne som skal formidle dette ikke selv har kunnskap om eller tro på "produktet" IP. Hvordan kan de profesjonelle hjelperne bli bedre i stand til å formidle kunnskap om IP?

Iversen og Ødegård (2010) sier at det ikke er overraskende at et plansystem som IP fungerer dårlig når planleggingen ikke gjøres til et viktig spørsmål i samhandlingen. Hvordan kan en få motivert brukerne til å bli engasjert i IP? Noen av informantene i studien kom selv med forslag til hvordan de kunne tilegne seg mer kunnskap om IP slik at de kunne kjenne seg mer trygg og komfortabel i rollen som formidler av IP. Her kom det frem synspunkter på at det i større grad burde vært lagt opp til undervisning om IP ved DPS'ene. Det kom i tillegg frem at i stedet for bare en generell teoretisk undervisning kunne det vært opplæring i form av rollespill. Informantene mente at dette kunne bidra til å sette et større fokus på brukerne på en nyttig måte, at det opplevdes mer reelt. Kan en slik opplæring føre til at en setter større fokus på IP i DPS, gjøre at hjelperne kjenner seg tryggere i forhold til å kunne gi brukerne informasjon og opplæring om IP og bidra til å fremme samhandling i forhold til IP i DPS?

På den annen side så kan det også være andre aspekt i forhold til bruk av IP ved DPS som ikke direkte involverer opplæring og undervisning. Mange av informantene ga uttrykk for at de var frustrert over at det eksisterer så mange ulike maler i forhold til IP. Det ble nevnt at SINTEF har en type mal for IP, kommunene og spesialisthelsetjenesten (DPS) har andre utgaver av mal til IP. Helsedirektoratet (2010) hevder at for å lykkes i arbeidet med IP bør arbeidet forankres på øverste nivå i både kommuner og spesialisthelsetjenesten, og at dette bør omfatte sektorovergrepene prosedyrer for blant annet tverrfaglig informasjon og tverrsektoriell samhandling og felles maler. Noen av informantene sa at det opplevdes

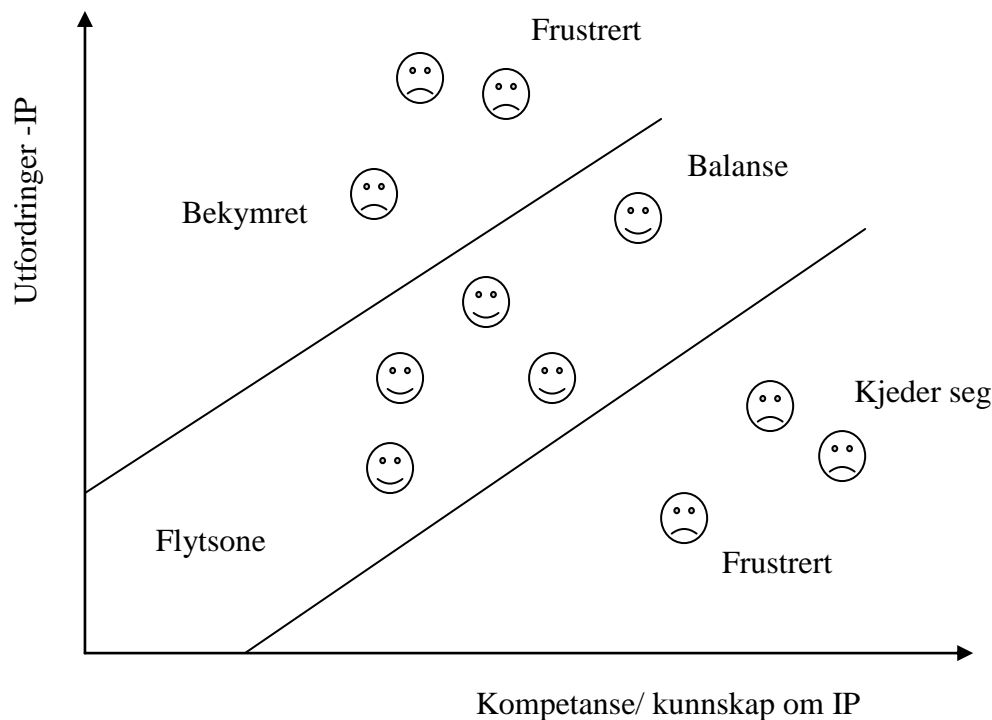
”utrygt” når det er så mange forskjellige dokumenter om et og samme tema og at dette virker forvirrende. Med tanke på den generelle usikkerheten som kom frem i studien, om blant annet hva en IP skal inneholde, hvem som egentlig har ansvar for den og relativt liten kunnskap om temaet blant hjelpere og brukere, så kan vel også ulike maler om samme tema (IP) bidra til ytterligere å forsterke uklarhetene rundt IP?

Oppsummert så en vel si at funnene i stor grad tyder på at hjelperne opplever at uklarhet i ansvarsforhold omkring plikt til å igangsette en IP ved DPS. Dette kan føre til at hjelperne inntar en passiv holdning i forhold til å etablere en IP mens brukerne er innlagt i DPS. En kan da stille spørsmål om hvorfor hjelperne opplever det slik når forskrifter om IP og lovverket legger klare føringer for at helseforetak, som DPS er en del av, også er pliktig til å igangsette en IP? Funnene i studien viser også at det ikke i større grad gis opplæring om IP ved arbeidsplassene (DPS). I lys av problemstillingen kan en anta at økt fokus på IP på ledernivå, opplæring om IP ved for ansatte ved DPS kunne bidratt til mer bevissthet og klarere retningslinjer vedrørende ansvar for å igangsette en IP. Dette vil igjen kunne føre til at hjelperne greier å tilegne seg mer kunnskap om IP og kjenne seg ”tryggere” på at de vet hva de skal formidle når de skal informere og tilby brukerne en IP. Det er også grunn til å tro at dersom det kun hadde eksistert en felles mal for IP, så ville en kunne ytterligere redusere en uklarhet rundt dette med IP.

5.3 Forhold mellom ledelsesorientering og brukervedvirkning

I denne delen vil en drøfte om det kan være en sammenheng i forholdet mellom ledelse/organisering og i hvilken grad brukervedvirkning er implementert i DPS. En vil forsøke å illustrere dette blant annet ved hjelp av Flytsonemodellen som blir nærmere forklart nedenfor.

Figur 3, Flytsonmodellen.



Flytsonmodellen ble introdusert av den ungarske psykologen Mihaly Csikszentmihalyi (Orvik 2009). Figuren/ modellen har blitt tilpasset slik at den kan benyttes i denne studien. Figur 3 er ment å illustrere forholdet mellom utfordringer i forbindelse med å starte opp/ arbeide med en IP sett opp mot hvor god kunnskap hjelperne har om IP. Dette må sees på som en tentativ modell. Modellen sier altså noe om det er samsvar mellom utfordringer i forhold til IP og ferdigheter (kompetanse om IP). Flytsonen er det området der det er balanse mellom utfordringer og ferdigheter. Dette vil bli nærmere belyst nedenfor.

Utenfor flytsonen.

Når hjelperne er i flytsonen, så kan en si at hjelpernes kompetanse/ kunnskap om IP er i balanse med utfordringer i forhold til å kunne starte opp/ arbeide med IP i et DPS.

Hvis hjelperne oppholder seg under flytsonen så er utfordringene for lave i forhold til kunnskap om IP, og hjelperne kan kjenne seg frustrert over ikke å få nytte av kunnskapen de har om IP. Dette kan settes i sammenheng med en informant som opplevde at hun ikke fikk bruk for opplæringen hun hadde fått om IP. Hun sa at hun kjente seg frustrert over

ikke å få brukt kompetansen hun har om IP på arbeidsplassen, siden det var så lite fokus på å utarbeide IP der.

Dersom hjelperne er over flytsonen, så kan de oppleve frustrasjoner over at utfordringen med å arbeide med IP er for stor i forhold til lavt kunnskapsnivå om IP. Dette kan sees i sammenheng med at flere av informantene gruet seg til å tilby brukerne en IP siden de hadde så lite kunnskap om planen. I avsnittet ovenfor (5.2) så en blant annet at det viste seg tendenser til at det var liten kunnskap om IP blant hjelperne. Dette kan gjøre at hjelperne kjenner seg frustrert og bekymret i forhold til at de ikke har nok kunnskap om IP til å kunne informere brukerne om at en IP kan være et nyttig ”verktøy” for dem, i forhold til å få bedret sin livssituasjon. Her kan altså utfordringene bli for store i forhold til nivå av kunnskap om IP blant hjelperne. Dette kan blant annet føre til at IP i mindre grad blir tilbudt brukerne, og at brukerne ikke får tilstrekkelig informasjon om IP til å kunne vurdere om de egentlig har behov for en plan. Konsekvensen kan dermed bli at brukerne selv ikke ønsker en IP eller at de ikke får tilbud om tjenester de har krav på og som kanskje kunne ha hjulpet dem til en bedre hverdag, som for eksempel ved hjelp av en IP. Hvis en også forsøker å inkludere brukerne i denne modellen, så kan en vel si at de kan befinne utenfor flytsonen i en slik situasjon som beskrevet ovenfor.

Innenfor flytsonen.

På den annen side, hvis en fortsatt tar utgangspunkt i figur 3, så kan en forestille seg at målet er at de profesjonelle hjelperne skal befinne seg inne i flytsonen sammen med brukerne. Da er hjelperne på et nivå hvor de har tilstrekkelig kunnskap om IP og opplever å være i balanse med tanke på kompetanse om IP og utfordringer i forhold til planen. Her kjenner hjelperne seg trygg i forhold til at de har tilstrekkelig kunnskap om IP til både å formidle informasjon om planen til brukerne, til å igangsette en IP og til å samarbeide med dem i forhold til IP. Brukerne vil på et slikt nivå (i flytsonen) kunne oppleve at de blir imøtekommet av hjelperne som har kompetanse til å bistå dem med sin faglige kunnskap om hva de kan tilby av tjenester, som for eksempel en IP. I følge Sosial- og Helsedirektoratet (2005), så sier de at erfaringer viser at det viktigste for brukerne er å bli lyttet til, møtt med respekt, tillit og oppmuntring, og ikke minst få hjelp til å se muligheter. En kan vel si at en IP kan gjøre dem i stand til å se muligheter i fremtiden. I følge Willumsen (2005) (Michelsen, Vatne og Hollingen 2007), så kan IP klart være et redskap for å realisere hensynet til brukeren. Brukeren kan ved hjelp av de profesjonelle

tjenesteyterne blant annet få informasjon om ulike tjenestetilbud som kan være nyttig for i fremtiden.

Vatne (2006) hevder at når en møter brukerne som mennesker som har kunnskap om seg selv, så vil dette kunne bidra til å skape gjensidighet i hjelperelasjonen. Når hjelperne ut i fra sin faglige kompetanse ser behov for at brukerne for eksempel kan ha nytte av en IP, at dette kan hjelpe dem til en bedre livssituasjon, så kan dette være et skritt på veien til å skape en gjensidighet i relasjonen. Brukerne blir tilbudt en plan som kan bidra til at de får anledning til å bli deltagende i egen behandling. Gjennom en IP skal tjenestemottakerne være sikret å få et individuelt tilpasset opplegg, og på denne måten legges det også til rette for at brukerne kan medvirke i sin egen behandling (Sosial- og Helsedirektoratet 2005). Dette samsvarer også i forhold til studien til Vatne og Hollingen (2007) (Willumsen 2005), som anbefaler IP som et verktøy, fordi den kan bidra til å starte en prosess der brukerne får muligheter til å gå inn i en aktiv rolle i utformingen av eget liv. Dermed kan en vel også si at det også legges til rette for at brukermedvirkning kan forekomme.

Som de to avsnittene ovenfor viser (5.1 og 5.2), så har en i denne studien blant annet kommet frem til at en antakelse om at økt grad av brukermedvirkning ville hatt større sannsynlighet for å skje dersom en i større omfang hadde greid å fremme bruken av IP i DPS og lykkes i større grad å overføre mer makt fra hjelperne til brukerne. Dette kunne igjen bidratt til at brukerne i større grad hadde fått et eierforhold til IP og blitt mer deltagende i egen behandling. På den annen side viste det seg også i avsnittet (5.2) ovenfor, hvor en antar at med et større fokus om IP på ledernivå, og opplæring om IP for hjelperne på for eksempel arbeidsplassen, så kunne dette ha bidratt til klarere retningslinjer i forhold til bruken av IP i DPS. Da ville de kanskje de profesjonelle hjelperne kjent seg tryggere i rollen som formidler av IP til brukerne.

Lederne.

Sosial- og Helsedirektoratet (2005) hevder at for å kunne lykkes i arbeidet med IP, så bør selve ordningen og enkle prosedyrer for arbeidet forankres på øverste nivå i organisasjonen.

En kan se for seg at lederne blant annet har som utfordring å få IP godt forankret i for eksempel et DPS, blant annet gjennom å sørge for at de ansatte har god kompetanse i forhold til IP. Kanskje kan dette gjøre IP til et tema som regelmessig diskuteres ved

arbeidsplassen eller gjennom intern undervisning i avdelingen hvor de ansatte lærer opp hverandre? En av informantene i studien mente at rutiner i institusjonen som har til hensikt å etterspørre bruken av IP er et ledelsesansvar. Hun sa også at når dette med IP blir etterspurt av lederne i institusjonen, så vil det bli mer fokus på å arbeide med det blant hjelperne. Her kan en reflektere over at dersom lederne har etablert gode rutiner i institusjonen i forbindelse med å kvalitetssikre at hjelperne informerer/ tilbyr brukerne IP, så kunne kanskje dette bidratt til at hjelperne får inntrykk av at IP er implementert i DPS? En kan vel tenke seg at dette også kan føre til holdningsendringer blant hjelperne i forbindelse med å arbeide med IP, at hjelperne får inntrykk av at dette kan være et nyttig eller nødvendig verktøy som et ledd i å samarbeide med brukerne for å kunne bedre deres livssituasjon.

Kan det være slik at dersom ledelsen i DPS gjør sitt for å legge til rette for at IP i større grad kan bli implementert i institusjonen, så vil dette også påvirke de profesjonelle hjelperne slik at disse oppholder seg i flytsonen og kjenner seg komfortabel i forhold til å arbeide med IP? Kan i så fall dette igjen føre til at brukerne i også kan inviteres inn i flytsonen av hjelperne? Vil det på denne måten kunne legges til rette for at brukerne i større grad kan få anledning til å oppleve brukervedvirkning? I alle fall, så er IP et viktig hjelpemiddel for å sikre brukervedvirkning, noe som er en rettighet brukerne har i følge Helsedirektoratet (2010). Dette er et mål som er viktig å strebe etter å oppnå, blant annet for å fremme en større grad av brukernes deltakelse i egen behandling. I følge Kerrigan, Davidson og Shannon (2008) og (Linhorst og Eckert 2003; Henderson 2003), så vil mennesker med psykiske lidelser som deltar aktivt med å ta beslutninger vedrørende egen behandling blant annet kunne oppnå større grad av tilfredsstillelse med behandlingstilbudet som blir gitt, større tro på egne muligheter til å oppnå mål og i tillegg økt evne til å greie seg i hverdagslivet. En større grad av deltagelse i egen behandling vil da kanskje også bidra til å øke sannsynligheten for at brukerne utvikler et eierforhold til en IP?

6.0 OPPSUMMERING OG REFELEKSJONER OVER STUDIEN

Hva kan fremme en mer av IP i DPS?

Studien har hatt fokus på hva som kan fremme en mer aktiv bruk av Individuell Plan i et distriktpsikiatrisk senter. Funnene i undersøkelsen tilsier at dette med IP er et komplekst og sammensatt tema. Det er mange ulike faktorer som har en sammenheng med hverandre. Det viser seg at det er mange ulike grunner til at IP ikke i større grad er i bruk ved et DPS. I denne undersøkelsen har en kun sett på et begrenset omfang av mulige sammenhenger som kan ligge til grunn for at IP ikke er så utbredt i bruk som myndighetene ønsker. Denne undersøkelsen ville blitt for omfattende hvis en skulle gått i ”dybden” i flere temaer (figur 2, kapittel 4.0).

Figur 2 gir en oversikt over funn i studien. Dette er kategorier som ble utviklet på grunnlag av informantenes uttalelser. Disse kategoriene er i et dynamisk samspill med hverandre. En kan blant annet se at informasjon og kunnskap om IP kan sees i sammenheng i hvilken grad IP er forankret - og i hvilken grad den utarbeides ved DPS.

Funnene viste at det i mindre grad gis opplæring om IP ved DPS. I alle fall ved de to DPS'ene i denne undersøkelsen. I lys av problemstillingen kan en anta at ved økt fokus på opplæring av ansatte om IP fra ledernivå ville kunne ført til at hjelperne får styrket sitt kunnskapsnivå om IP. Dette ville igjen bidratt til at hjelperne ville kjent seg tryggere og mer komfortabel i rollen som formidler av IP til brukerne. En kan derfor anta at dette kunne gjort at brukerne i større grad ville fått adekvat informasjon om IP og i større utstrekning et tilbud om en IP i DPS.

I denne studien viser det seg at de fleste informantene er usikre på hvem som har ansvar/ plikt til å utarbeide/ igangsette en IP, om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Dette på tross av at både lovverket og veileder til forskrifter om IP er klar på at det er den delen av kommunens helse- og sosialtjenester eller helseforetak (DPS) som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med IP igangsettes. Slike uklarheter rundt ordningen med IP kan føre til at hjelperne inntar en passiv holdning i forhold til å etablere en IP ved DPS.

I samsvar med annen forskning viser det seg også i denne studien at det kan være utfordringer i forhold til å få forankret ordningen og ansvaret for IP både på både systemnivå og individnivå. Tilrettelegging for undervisning om IP ved DPS, og dette med å fremme klarere retningslinjer for ordningen med IP, må i første omgang sees på som et ledelsesansvar. Sosial- og Helsedirektoratet (2005) hevder at for å kunne lykkes i arbeidet med IP, så bør selve ordningen og enkle prosedyrer for arbeidet forankres på øverste nivå i organisasjonen.

Det må oppfordres til kontinuerlig opplæring og veiledning av alle aktører som blir berørt av ordningen med IP. Gode rutiner for utarbeiding og etter-spørring av IP i institusjonen kan bidra til å fremme gode holdninger hos blant annet hjelperne i forhold til bruken av IP ved blant annet et DPS. Manglende etter-spørring og forankring av ordningen kan føre til at IP ikke blir oppfattet som at det er et sentralt tema og en faglig oppgave i institusjonen.

Funn i denne studien tyder på at det kan være vanskelig for hjelperne å gi slipp på ”ekspertrollen” overfor brukerne.

I lys av problemstillingen kan det være en antakelse at økt av brukermedvirkning ville skjedd i større omfang dersom en i større grad hadde greid å fremme bruken av IP i DPS, og lykkes i større grad med å overføre mer makt fra hjelperne til brukerne. På denne måten kunne en fremmet myndiggjøring av brukerne. Dette kunne igjen ha bidratt til at brukerne i større grad hadde fått et eierforhold til IP og blitt mer deltagende i egen behandling.

Ellers så ville det være interessant om noen ser nytten av å kunne bygge videre på denne undersøkelsen. En kunne for eksempel tatt utgangspunkt i en ny undersøkelse ved å spørre brukerne selv om deres erfaringer rundt dette med IP og brukermedvirkning.

Reliabilitet og validitet – metodiske refleksjoner over studien.

Reliabilitet i denne studien handler om hvilken grad data fra informantene er pålitelige (Thagaard 2009). Dette er nærmere beskrevet under avsnittet om metode i kapittel 3.2. Der beskrives en mer utfyllende fremgangsmåten som er benyttet i forhold til å innhente data fra informantene. Noe av dette er beskrevet under.

Alle intervjuene ble gjennomført på samme måte. Jeg fortalte om min bakgrunn som psykiatrisk sykepleier og hvordan jeg hadde tenkt å gjennomføre intervjuene.

Jeg informerte alle informantene at jeg ville benytte en digital lydopptaker under intervjuene. Jeg forklarte hva en intervjuguide var og at jeg ville bruke den under intervjuene, samt at jeg også ville og notere stikkord under underveis. Alle intervjuene ble avsluttet likt i forhold til at jeg spurte om informantene ønsket å si noe mer om temaer vi hadde pratet om.

Når det gjelder transkriberingen av intervjuene, så transkriberte jeg to intervju mens en sekretær transkriberte de seks resterende intervjuene. Jeg laget retningslinjer for hvordan transkripsjonene skulle gjennomføres, slik at vi gjorde dette på samme måte.

Validering handler om kunnskapen som en har kommet frem til har gyldighet (Thagaard 2009). Dette innebærer at jeg må en vise til hvordan forskningsprosessen har påvirket gyldigheten av funnene mine. Dette er kommer frem i metodedelen i kapittel 3.0 hvor jeg beskriver utvalget av informanter, beskrivelser hvordan jeg har utført datainnsamling, og hvordan jeg har gått frem i analyseprosessen, samt refleksjoner omkring min forforståelse av å foreta undersøkelser innenfor eget mitt eget fagfelt i avsnitt 3.4.3. Siden det vil bli for omfattende oppgave å diskutere alt her, så vil jeg henvise til kapitlene som er nevnt ovenfor for en mer fyldig beskrivelse av forskningsprosessen. En del forklares nedenfor.

Valideringen startet allerede under intervjuene, hvor uklare utsagn ble sendt tilbake til informantene for å få en mer utdypende og konkret beskrivelse. Jeg fikk på denne måten bekreftet eller avkreftet at min forståelse av det informantene sa var oppfattet slik de mente det.

Når det gjelder søk etter relevant forskning og kunnskap innenfor studiens temaområde, så kunne jeg nok ha utvidet søkene ytterligere (kapittel 2.1). Særlig innenfor internasjonal litteratur. Det var ikke så enkelt å søke etter internasjonale artikler, jeg synes det var problematisk å finne gode nok søkeord. Dette kunne en nok anvendt mer tid på, men tiden var for knapp i forhold til undersøkelsens omfang og tidsperiode.

Når det gjelder studiens generaliserbarhet (overførbarhet), så må jeg vurdere i hvilken grad tolkninger som er foretatt i denne studien kan gjelde i andre sammenhenger (Thagaard 2009). Denne kvalitative studien er basert på et utvalg på kun åtte informanter. Jeg tror jeg vil være tilbakeholden med å påstå at resultatene fra denne undersøkelsen kan

generaliseres til å gjelde for andre områder enn denne studien. En studie med så lite utvalg må sies å ha en lav ekstern validitet. I følge Lund (2002), så vil jeg vurdere at denne undersøkelsen også har en lav indre validitet, noe som handler om årsak-virkning. Studien gir bare indirekte informasjon om hva som kan fremme eller hemme bruken av IP og brukermedvirkning i DPS. En kan bare anta at det er påvirkninger og sammenhenger her. Denne studien kan bidra til å gi en bedre forståelse av dynamikken rundt ordningen med IP. Ansatte i andre institusjoner som blir berørt av ordningen med IP, kan for eksempel reflektere over funn fra denne studien og komme med nye spørsmål og kanskje forslå endringer i forhold til bruk av IP.

7.0 REFERANSELISTE

- Askheim, Ole Petter, and Bengt Starrin. 2007. *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bull, Helen. 2006. "Hun mente det var best": brukeres erfaringer med medvirkning i arbeidet med individuell plan, H. Bull, Oslo.
- Creswell, John W. 2007. 2.nd. ed. *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. London: Sage Publications.
- Gibson, Cheryl H. 1991. "A concept analysis of empowerment", *Journal of Advanced Nursing*, 16, 254-361
- Hansen, Vold Gunnar. 2007. *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Avhandling for doktorgrad. Karlstad:University studies.
- Helsedirektoratet. 2010: *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2010. *Individuell plan*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/NOU-2010-3/14.html?id=602428#> (Lest 02.11.2020).
- Henderson, Saras. 2003. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 501-508.
- Hollingen, Anne. 2008. *Brukererfaringer med nettbasert individuell plan*. Mastergradsoppgave, Høgskolen i Molde.
- Iversen, Hans Petter og Ødegård, Atle. 2010. Samarbeid og ledelse i en akutenhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 7- Nr. 2: 130-141.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. 2.Utgave. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS.
- Kerrigan, Keith, Gavin Davidson, and Ciaran Shannon. 2008. Empowerment, quality of life and service satisfaction: Comparisons between a hospital and community placement group. *Irish Journal of Psychological Medicine* 25 (2):40-45.
- Kvale, Einar og Brinkmann, Svend. 2009. 2.Utgave. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo:Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langdridge, Darren. 2006. *Psykologisk forskningsmetode. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Linhorst, Donald M., and Anne Eckert. 2003. Conditions for Empowering People with Severe Mental Illness. *Social Service Review* 77 (2):279-305.
- Lund, Thorleif. 2002. *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag.
- Michaelsen R., Vatne S., Hollingen A. 2007. Koordinatorrollen ved individuell plan. Fokus på brukermedvirkning og samarbeid. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*. Nr. 4 (9).
- Nortvedt, Monica Wammen. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Olsen, H. 2002. En evaluering af danske danske kvalitative interviewundersøgelser. *Nordisk psykologi*. 54 (2) 145-172.
- Orvik, Arne. 2009. *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: J. W. Cappplens Forlag AS.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2007: *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet. 2005: *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

- Stortingsmelding nr. 50 1993-1994: *Samarbeid og styring. Mål virkemidler for en bedre helsetjeneste*. Sosial- og helsedepartementet.
- Stortingsproposisjon nr. 1, (2008-2009): Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sverdrup, Sissel, Myrvold, Trine M. og Kristofersen Lars B. 2007. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter. *Norsk institutt for by- og regionsforskning. NIBR-rapport 2007:2*
- Sørensen, Knut Holtan. 2002. *Artikkelskriving for begynnere*. Trondheim: Senter for teknologi og samfunn, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Taule, Rangvald. 1999. *Escolas ordbok*. Oslo: Escolas forlag
- Thagaard, Tove. 2009. 3. Utgave. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Trefjord, Steinar, og Trond Hatling. 2004. *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH): sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003*. Oslo: Sintef Unimed.
- Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Norlag AS.
- Vatne, Solfrid. 1998. *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget
- Wadel, Cato. 2002. *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: Hegland Trykkeri AS.
- Wangensteen, Boye. 2005. *Bokmålsordboka: definisjons- og rettskrivningsordbok*. Oslo: Kunnskapsforlag.
- Willumsen, Elisabeth. 2005. *Brukernes medvirkning!: kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlag.
- Aadland, Einar. 2002. *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori og metode i helse – og sosialfag*. Otta: Tano Aschehoug AS.

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide.

Tema 1: Individuell Plan (IP) - generelt

IP kom på banen i 2001, blant annet for brukere i psykisk helsevern. Det kan være en del ulik praksis i anvendelsen av denne planen i forskjellige institusjoner, så det hadde vært spennende å høre om dine opplevelser og erfaringer med IP.

IP har fått en del oppmerksomhet - samtidig kan den jo være litt vanskelig å bruke IP i praksis.

Hvilke erfaringer har du med å jobbe med individuell plan?

Hva tenker du om dette med IP?

Har du jobbet mye med IP? Hvis ikke, hva tenker du at det har sammenheng med?

Har du inntrykk av at IP fungerer etter hensikten med planen? Hvis ikke, hva tror du dette kan skyldes? Har du hørt om eksempler fra andre steder?

Tema 2: opplæring om IP

Har du fått opplæring i hvordan en individuell plan kan utformes?

Hvordan opplevde at dette fungerte?

Hvor/hvem/hvordan fikk du opplæring?

Var det en meningsfull opplæring – har den hatt betydning for din/institusjonens bruk av IP?

Hvis nei – hvorfor ikke?

Hvis ja – hva fungerte/hva fungerte ikke?

Tema 3: rutiner for gjennomføring av IP

Hvilke rutiner har dere for utarbeiding av IP har der du jobber?

Når ble disse innført/hvem innførte dem/ hvem utarbeidet dem/ var brukeren med på utformingen – hvis nei, hvordan kunne dette styrket bruken av IP?

Hvis ja - hvordan fungerte det - hvordan fikk dere det til?

Tema 4: IP og brukermedvirkning

Generelt:

En IP er brukerens plan og i forskriftene står det at en skal ha fokus på brukermedvirkning.

Hvordan har du konkret jobbet med individuell plan sammen med brukere - kan du gi et eksempel?

Har du andre eksempler?

Har du hørt fra andre/ om andre – hvordan de har arbeidet med IP?

Synes du det har vært nyttig å jobbe med IP, hvorfor? Mener du at dette er nyttig for brukerne, hvordan?

Planleggingsfasen:

På hvilken måte har planen blitt igangsatt? Kunne dette vært gjort på en annen måte?

Cirka hvor lenge var hadde brukerne vært innlagt før temaet IP ble tatt opp?

Hvis brukeren sier at ha ikke ønsker en plan, hva gjør dere da?

Har dere brukt en del tid på relasjonsbygging før dette med IP ble diskutert?

Hvordan synes du dialogen mellom deg og brukerne har vært i forhold til å utforme/planlegge en IP?

Hvilke forventninger har du i forhold til brukernes deltakelse i planarbeidet?

Hvordan opplever du brukernes engasjement i planarbeidet?

Kunne noe vært gjort annerledes?

Hvordan mener du at brukeren kan bidra i planarbeidet.

Gjennomføringsfasen:

Hvordan synes du planen har fungert i praksis – altså selve gjennomføringen av IP?

Hva har vært viktig i den forbindelse?

Har du noen eksempler på hvordan brukere får anledning til å medvirke i egen behandling – gjennomføring av det som er planlagt?

Hvordan ser du for deg en ”ideell bruk av IP”?

Hva mener du kan hindre en mer aktiv bruk av IP?

Mener du at alle brukere som har IP har nytte av denne? Hvorfor?

Hvordan konkret legger dere til rette for brukermedvirkning i institusjonen?

Hva mener du kan hindre brukermedvirkning på din arbeidsplass?

Evalueringsfasen:

Hvordan har det vært å samarbeide med brukerne i utformingen av IP?

Har det medført noen endringer for deg å jobbe med IP i forhold til brukerne?

På hvilken måte?

Annet:

Nå har vi jo snakket en stund – er det noe annet du kommer på som du tenker er viktig i forbindelse med IP og brukermedvirkning?

VEDLEGG 2

FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

”Hva kan fremme en mer aktiv bruk av Individuell Plan innenfor et distriktpsykiatrisk senter?”

Dette prosjektet har som formål å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer ansatte i psykisk helsevern har i forhold til bruk av individuell plan (IP) og brukervedvirkning. Vi vil se på hva som eventuelt kan bidra til å fremme en mer aktiv bruk av IP innenfor et distriktpsykiatrisk senter.

Arbeidet for at IP skal bli tatt mer i bruk fortsetter med full kraft i følge St.prp. nr. 1 (2008-2009), og et sentralt punkt i Nasjonal helseplan er å legge til rette for en sterkere brukerrolle.

Det kan derfor være av interesse å finne ut mer om de ansattes erfaringer i forhold til bruken av IP og brukervedvirkning.

Metoder

Vi trenger din hjelp for å få til dette prosjektet. Det innebærer at jeg ønsker å intervju deg. I intervjuet ønsker jeg å spørre deg om hvilke opplevelser og erfaringer du har hatt i forhold til å benytte IP og brukervedvirkning i arbeidet ditt. Jeg vil også spørre deg hva du mener kan bidra til å fremme en mer aktiv bruk av IP innenfor et distriktpsykiatrisk senter, og om hva som eventuelt må til for å gjøre dette. Du kan selv bestemme hvor intervjuet skal foregå. Intervjuet vil vare mellom 30 minutter og 45 minutter. Jeg ønsker å bruke lydbåndopptak i forbindelse med intervjuet og gjøre noen notater underveis.

Frivillighet

Det er frivillig å delta i denne undersøkelsen. Du kan når som helst trekke deg fra å delta i prosjektet, dersom du ønsker det, uten å måtte begrunne det. Det vil ikke få noen konsekvenser for deg dersom du velger å trekke deg. Psykologspesialist/ førstelektor Atle Ødegård ved Høgskolen i Molde står faglig ansvarlig for prosjektet.

Taushetsplikt

Forskerne og hjelperne som deltar i prosjektet har taushetsplikt. Vi vil behandle alle opplysningene du gir oss i intervjuet konfidensielt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 21. Alle innsamlede opplysninger blir i løpet av prosjektperioden behandlet i aidentifisert form. Det vil si 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 dato 01.12.10, 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 meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS.

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

- 1) 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 en kopi av brevet og samtykkeerklæringen etter at den er underskrevet.
- 2) Eller dersom du ønsker å delta i prosjektet kan du også ta kontakt med Arnt Olsen på telefon: xxx eller e-post: xxx

Kristiansund, 19.11.09

Med vennlig hilsen

Arnt H. Olsen
Student Masterstudiet - helse- og sosialfag
Høgskolen i Molde

Atle Ødegård
PhD/ førstelektor
Høgskolen i Molde

Adresse:

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 01.12.10. kan velge å trekke meg fra undersøkelsen.

Alle personopplysninger blir behandlet i tråd personopplysningsloven § 8.

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

.....
Ansattes navn/ dato

.....
PhD/ førstelektor / dato

Dersom du ønsker ytterligere opplysninger, kan du gjerne kontakte

Arnt H. Olsen

Telefon:

E-post:

VEDLEGG 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Atle Ødegård
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Molde
Postboks 2110
6402 MOLDE

Vår dato: 08.09.2009

Vår ref: 22462 / 2 / IBH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.08.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 03.09.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22462

Hva kan fremme en mer aktiv bruk av Individuell Plan innenfor et distriktpsykiatrisk senter?

Behandlingsansvarlig

Høgskolen i Molde, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Atle Ødegård

Student

Arnt Henrik Olsen

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


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

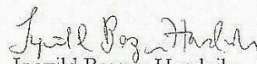
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Ingvild Bergan Hordvik

Kontaktperson: Ingvild Bergan Hordvik tlf: 55 58 32 32
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Arnt Henrik Olsen, Bentnesveien 13, 6512 KRISTIANSUND N

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

22462

Utvalget består av 8 personer, som alle er ansatt ved distriktpsykiatriske senter

Det gis skriftlig informasjon til utvalget, og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende, gitt at det informeres om tidspunkt for prosjektslutt og anonymisering, jf. e-post fra studenten 3. september 2009. Det bes om at revidert informasjonsskriv ettersendes ombudet før det opprettes kontakt med utvalget.

Behandlingen av personopplysninger kan hjemles i personopplysningsloven § 8 første alternativ (samtykke).

Innen prosjektslutt 1. desember 2020 anonymiseres datamaterialet. Ombudet minner om at med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller kode.

Vedlegg 5.

Tabellene er konstruert for å gi innsikt i hvordan jeg refererte til opprinnelig tekst i prosessen med å sammenfatte informasjon om de viktigste temaene fra intervjuene, og under utvikling av kategoriene.

Innholdet i alle intervjuene ble analysert, jeg fant meningsbærende enheter i teksten og sammenfattet informasjon om de viktigste temaene i forhold til undersøkelsens formål. Deretter ble det først dannet kategorier etter de tre hovedområdene i intervjuguiden (Analyseprosessen kapittel 3.3.2). Så ble innholdet i kategoriene analysert, jeg sammenlignet tekstavsnitt mellom de åtte informantene og fant flere felles temaområder som var relevant for studiens problemstilling, og nye kategorier ble dannet. På trinn tre var teksten ”mettet” og det var ikke mulig å dele opp i flere kategorier. Her ble altså de siste kategoriene laget (figur 5). Innholdet i disse kategoriene ble sammenlignet (fra alle åtte informantene), og jeg så på likheter i forhold til informantenes utsagn, hva som var ulikt og hva som var spesielt for enkelte av informantene. Dette dannet igjen grunnlaget for funnene som ble presentert i kapittel 4.0.

Jeg viser ellers til avsnitt 3.3.2 (Analyseprosessen), og figur 2 i kapittel 4.0, som gir oversikt over kategoriene som ble utviklet underveis i analyseprosessen.

Trinn 1.

Transkriberte Intervju WS01, 02... Informant= I Avsnitt= 1,2..	Fant menings bærende enh./ temaer	Sammenfattet info. om viktigste temaer, med referanse fra opprinnelig tekst i intervju- og referanse i sammenfatning	Delte først inn i tre kategorier fra intervjuguide, utviklet så nye kategorier	Overførte sammenfattet tekst til ulike kategorier. Kodet dem	Referanse i kategoriene til opprinnelig tekst
WS01 I: 1 I: 2 I:26 osv		WS01 I: 1 I: 2 I: 26 osv		WS01 I:26 I:1 I:2 osv	WS01 I: 1 I: 2 I:26 osv
WS02 I: 4 I:33 I:5 osv		WS02 I: 4 I:33 I:5 osv		WS02 I: 5 I:33 I:4 osv	WS02 I: 4 I: 33 I:5 ... osv.
WS03				
	osv.				

Trinn 2-3.

	Kategori	Kategori	Kategori	Kategori	Kategori
Nye kategorier →	Rutiner	Opplæring	Ansvar for IP	Samarbeid om IP	Informasjon- Kunnskap IP	Osv.
Utviklet nye Kategorier/ nye koder Avsnitt I: 1, I: 2, I: 3 osv. Referanse til opprinnelig tekst WS01, WS02, WS03 osv.