



Bacheloroppgave

ADM650 Jus og administrasjon

Individuell plan på kommunenivå

Agastiah Perinpasivam og Lillian Reder Kristoffersen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 29

Molde, 19.05.2014



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Turid Aarseth

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: 18.05.2014

Antall ord:12566

Forord

Vi har hatt stor glede av å skrive denne bacheloroppgaven. Vi ble pålagt en stor oppgave men vårt samarbeid har lettet utfordringen.

I faget Retts sosiologi ble vi kjent med retten til IP, men en artikkel i vår lokalavis gjorde oss ekstra interesserte i dette temaet.

Intervjuprosessen har vært veldig spennende og lærerik og vi vil rette en stor takk til de fem respondentene som stilte opp og var så positive til vår undersøkelse.

Vi vil også takke vår flotte og tålmodige veileder Turid Aarseth, som alltid er blid og tilgjengelig for veiledning. Hun har motivert oss under hele skriveprosessen.

Til slutt så vil vi rette en stor takk til hverandre for et inspirerende og spennende samarbeid!

😊😊

Agastiah og Lillian, 19.05.14

Sammendrag

Oppgaven omhandler arbeidet med individuell plan (IP) på kommunenivå. På bakgrunn av en gjennomgang av gjeldene rett, har vi gjennomført intervjuundersøkelse i to kommuner og blant respondenter på fylkesplan.

Sentrale funn er at det er aksept for gjeldene lovbestemmelse og intensjonene om brukermedvirkning, men at praksis varierer noe, ikke minst av kapasitetsårsaker.

Respondentenes forståelse av fenomenet synes langt på veg å samsvare med et instrumentelt syn på organisering og det ble etterlyst klarere struktur og ledelse i den kommunale iverksettingen.

Samtidig er det forhold som antyder at iverksetting av IP etter lovgivers intensjoner, kan utfordre etablerte tradisjoner og profesjonelle verdier blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning av problemstillingen.....	2
2.0	Retten til IP er hjemlet i ulike lover.....	4
2.1	Lovens virkning i samfunnet.....	5
2.2	Samhandlingsreformen.....	6
3.0	Iverksetting av IP som en organisatorisk utfordring.....	7
3.1	Ledelse.....	9
4.0	Metode.....	10
4.1	Kvantitativ metode.....	10
4.2	Kvalitativ metode.....	11
4.3	Etikk.....	14
5.0	Hvordan fungerer arbeidet med IP?.....	15
5.1	Lovfestet rett til IP.....	15
5.2	Brukermedvirkning	17
5.3	Koordinatorrollen	18
5.4	Samhandlingsreformen	20
5.5	Styring og ledelse av koordinerende enhet som organisasjon	22
5.6	Oppsummering.....	25
6.0	Konklusjon.....	26

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

”Du må ikke vinne i lotto for å ha rettigheter for å få hjelp”, uttalte en leder for en brukerorganisasjon i avisen Romsdals Budstikke 22. januar i år (Nergaard, 2014). Fagfolk stod frem i avisen og ønsket å gjøre kjent ordningen om at pasienter har rett på å få utarbeidet en Individuell plan (IP). De oppfordret brukere og pårørende om å ta kontakt med koordinerende enhet i sin kommune for å få informasjon om dette. Da forstod vi at i det virkelige liv så er det ikke slik at alle brukere blir informert om retten til å få en IP. Enda loven om denne rettigheten ble iverksatt 01.januar i 2012.

Fagfolkene fra avisartikkelen arrangerte en fagdag om IP 28.01.14. Pårørende, brukere, leder av koordinerende enhet i en kommune og Pasient- og brukerombudet for Møre og Romsdal holdt foredrag. Vi deltok på denne fagdagen og etter å ha hørt på engasjerte mennesker, ble dette et tema vi ønsket å belyse i vår bacheloroppgave.

I Årsmeldingen, for 2013 fra Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal, kommer det frem at de får inn klager fra brukere på at tjenestestedene ikke snakker sammen. Brukerne er både bekymret over sin alvorlige sykdom og frustrerte over at helsetjenesten ikke innfrir forventningen om en trygg, god og rask behandling. Dårlig koordinering av tjenestene kan føre til økt risiko for feil og mangler i helsehjelpen. Livsnødvendig behandling kan bli satt i gang for sent, slik at pasienter dør mens de venter på hjelp (pasientogbrukerombud.no).

Dette temaet er aktuelt i en rettssosiologisk sammenheng gitt at retten til IP er lovhjemlet. Hva fungerer og hva fungerer ikke i forhold til det som var tilsiktet fra lovgivers side? Temaet er spesielt interessant i forhold til Samhandlingsreformen. Reformen vektlegger behovet for økt samordning, samtidig som den førte med seg en del endringer i ansvarsforhold. Blant annet har det skjedd en forskyvning av ansvar for rehabiliteringstjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Denne forskyvningen gjør kommunene pliktige til å lage IP til brukere med behov for flere helsetjenester. IP må dermed regnes som et viktig verktøy i Samhandlingsreformen.

1.2 Problemstilling

Vi ønsker å belyse i hvilken grad IP, som er en lovhjemlet rettighet, er blitt iverksatt i tråd med intensjonene og stiller spørsmålet:

«Hvordan fungerer arbeidet med individuell plan på kommunenivå?»

1.3 Avgrensning av problemstillingen

Pasienter og brukere har rett til IP både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, hvis de fyller vilkårene for å motta langvarige og koordinerte helse- tjenester. Vi avgrenser vår oppgave til å se nærmere på arbeidet med IP i kommunen. Videre avgrenses det empiriske nedslagsfeltet til arbeidet med IP i to kommuner i Møre og Romsdal. Vårt datamateriale blir i hovedsak hentet fra de to kommunene. I tillegg intervjuer vi tre statlige ledere, som i kraft av sine posisjoner får tilbakemeldinger om kommunenes arbeid med IP. Vi starter med en avklaring av sentrale begrep i oppgaven. Lovverket bruker begge begrepene pasienter og brukere om personer som har rett til helsetjenester i kommunen, vi vil for enkelhet skyld bruke begrepet bruker videre i oppgaven.

Individuell plan (IP)

I 2001 kom det en forskrift om individuell plan etter helselovgivningen, og i 2012 ble individuell plan en lovfestet rettighet jfr. Helse- og Omsorgstjenesteloven (Heomsl.) § 7-1 om individuell plan. Denne retten er også hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Individuell plan skal være overordnet og den skal sikre at den enkelte bruker, som har behov for flere helsetjenester, skal få en enhetlig og kontinuerlig tjeneste. Denne rettigheten innebærer at det er brukerne som er eierne av planene. De skal være med å styre utformingen og iverksettingen av planen sammen med koordinator. Brukerens ønsker og mål, navnene på helsearbeiderne og hvilke tjenester brukeren har fått tildelt, skal være nedskrevet i planen.

Koordinator

Brukerne har rett til å få tildelt en koordinator, når de har behov for langvarige og koordinerte tjenester jfr. Heomsl. § 7-2. Forarbeidene til denne loven og paragrafen sier at kommunen har en plikt til å oppnevne koordinator. Dette innebærer en lovfesting av

kommunens plikt til å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av brukeren. Plikten til å oppnevne koordinator skal gjelde uavhengig av om bruker ønsker å benytte seg av retten til IP. Oppnevning av koordinator innebærer at en bestemt person får hovedansvar for koordinering og oppfølging av den enkelte bruker, men ikke at vedkommende skal ha ansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Ansvar for å utarbeide IP må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle. Koordinatorrollen innebærer blant annet å være kontaktperson og ha ansvar for å følge opp innspill fra tjenestemottakeren og pårørende.

Koordinator har en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til at brukeren får et «sømløst» tilbud. Det bør ved behov etableres kontakt mellom koordinatorene på de to nivåene. Når koordinator ikke er fastlege bør det etableres kontakt med fastlegen (regjeringen.no).

Koordinerende enhet

Koordinerende enhet er en funksjon som skal ta vare på brukerne som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. I Heomsl. § 7-3, står det klart at hver kommune skal ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringstjenester.

Forarbeidet til denne paragrafen sier at det skal være en plikt for kommunen til å ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet. Dette innebærer en lovfesting. I tillegg skal enheten ha det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for utarbeidelse av individuell plan. Med overordnet ansvar menes ansvar for å utvikle og kvalitetssikre rutiner for utarbeidelse av planen. I tillegg må enheten blant annet sørge for nødvendig opplæring og veiledning av tverrfaglig personale.

En viktig del av arbeidet vil være opplæring og veiledning av den som blir utpekt som koordinator. Koordinerende enhet skal også sørge for at det oppnevnes koordinator. Slik oppnevning bør så langt som mulig skje i samråd med den enkelte pasient eller bruker (regjeringen.no) Koordinerende enhet for habilitering- og rehabilitering kan bli sett på som et bindeledd mellom de ulike tjenestene som er tilgjengelige for brukerne.

Brukermedvirkning

Individuell plan er brukerens plan. Derfor er det viktig at brukeren er en aktiv deltaker i prosessen når IP lages. Brukeren har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Bruker har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige forsvarlige undersøkelses og behandlingsmetoder. Medvirkningsform skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med bruker. Hva brukeren selv mener, skal vektlegges ved utforming av tjenestetilbud Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 1.ledd. Hvis bruker ikke har samtykkekompetanse, skal pårørende kunne medvirke jfr. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Mange som har rett til IP befinner seg i ulike institusjoner. Slike institusjoner styres av mange regler bl.a. for døgnrytmen og brukerne kan bli påtvunget aktiviteter for å oppfylle institusjonenes mål. Dette kan true brukernes status som et individ. Derfor er det viktig at brukerne får mer makt.

Brukermedvirkning har som mål at brukeren skal være deltaker i egen behandling. Dette bør skje ved at hjelpen rettes mot brukerens interesser og grunnleggende behov. Tiltakene som helsepersonellet utvikler sammen med brukeren, blir annerledes enn om han ikke medvirker. Tiltakene får da bakgrunn i det brukeren synes er viktig for seg selv, og ikke i det helsepersonellet mener er riktig (Vatne, 1998). Slik sett er brukermedvirkning og myndiggjøring av brukere både et mål i seg selv og et middel for å øke kvalitet og relevans i hjelpetilbudene. Et viktig verktøy for at brukeren skal kunne medvirke i sin IP er SamPro.

SamPro er et samarbeids- og koordineringsverktøy som dekker det lovpålagte kravet til individuell plan og opplæringsplaner. Løsningen tilbyr et elektronisk møtested på tvers av fag og nivå. Systemet er nettbasert løsning som driftes hos ekstern leverandør (d-ikt.no).

2.0 Retten til IP er hjemlet i ulike lover

Både Helse- og omsorgstjenesteloven (Heomsl.) § 7-1, Pasient- og brukerrettighetsloven (Pasrl.) § 2-5 og Spesialisthelsetjenesteloven (Sphlsl.) § 2-5, er rettsregler som omhandler individuell plan til brukerne, men fra forskjellige vinkler.

Pasrl. §2-5 sier at en pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i Heomsl. og i Sphlsl.

Sphlsl. § 2-5 sier at dersom en pasient har behov for tjenester både etter Sphlsl og Heomsl skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres.

Heomsl. §7-1 sier at kommunen skal utarbeide en individuell plan for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester og at kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Det er denne sistnevnte rettsregelen som er relevant for vår problemstilling siden vi skal finne ut mer om hvordan arbeidet med IP fungerer på kommunenivå. Vi velger derfor her å trekke frem forarbeidet til denne rettsregelen.

Forarbeidet sier at «langvarige tjenester» her defineres med behov av en viss varighet. Det kreves ikke at behovet skal være varig eller må vare i et bestemt antall måneder eller år.

Det må foretas en konkret vurdering av hver pasient sitt behov for individuell plan. Med behov for «koordinerte tjenester» menes at behovet må gjelde to eller flere helse- og omsorgstjenester. Det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere bør sees i sammenheng. Pliktbestemmelsen innebærer at kommunen på eget initiativ må vurdere om en bruker bør få tilbud om individuell plan, hvis brukeren ønsker det. Kommunen får i ansvar å koordinere tilbudet, men det fritar ikke spesialisthelsetjenesten sitt ansvar i å medvirke i arbeidet (regjeringen.no).

2.1 Lovens virkning i samfunnet

Vi ønsker å undersøke hvilken virkning Heomsl. § 7-1 om IP, har hatt i kommunen. Fokus i en lovevaluering vil være på innhenting av data om hvorvidt en rettsregel har virket i samfunnet på en effektiv måte etter lovgivers intensjoner.

I evalueringen er det også viktig å ta med forarbeidene til lovteksten, for bedre å forstå lovgivers intensjon (Brekke, 2012)

All lovgivning bygger på en tilsiktet ide fra lovgivers side. Ved å analysere samfunnsmessige konsekvenser legger man hovedvekten på at det er den sosiale, økonomiske og politiske sammenhengen, som er bestemmende for hvorvidt lover virker som de skal. I praksis betyr det at rettens virkninger ikke kan studeres isolert.

Lovgivningen fungerer som en komponent i en sammensatt sosial helhet. Blant annet forutsetter den motivasjon hos de menneskene, som den antas å virke på. Kommunikasjon av lovstoff, f.eks. innen grupperinger av mennesker i arbeidslivet, er også en viktig betingelse for at lover skal virke etter sin hensikt. Det kan være slik at lovgivernes

forestillinger om forholdene og forestillinger om virkninger av loven, slik det fremgår av lovens forarbeider, var for optimistiske da loven ble gitt.

Begrensningene i rettens tilsiktede virkninger har å gjøre med den videre sammenheng som de rettslige forhold befinner seg innenfor. F.eks. kan praktiseringen av tildeling av tjenester til IP, basere seg på en annen normering enn det som var lovgivers intensjon eller vilje (Mathiesen, 2011). Leder av koordinerende enhet, som tildeler tjenestene, kan bli påvirket i en annen retning og jobbe etter andre mål enn det rettsregelen sier.

2.2. Samhandlingsreformen

En evaluering av lovbestemmelsene om IP, kan ikke skje isolert. Konteksten for lovendringene er preget av en reform som nettopp vektlegger behovet for mer sammenheng og helhet i helsetjenesten. I det følgende gir vi en kort presentasjon av Samhandlingsreformen.

Regjeringen vil, gjennom samhandlingsreformen, søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på brukerens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene, stod det i Stortingsmeldingen nr.47, s.14 om Samhandlingsreformen (Regjeringen.no). Hovedpunktet i meldingen var at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal organiseres slik at de skal kunne imøtekomme behovene for helsetjenester i en raskt aldrende befolkning.

En viktig bakgrunn for Samhandlingsreformen er utredningen ” fra stykkevis til helt» – en sammenhengende helsetjeneste” avgitt av Wisløff utvalget (NOU 2005:3). Utvalget drøfter på bred basis pasientrelaterte samarbeidsproblemer i norsk helsetjeneste.

Samhandlingsutfordringen har vært erkjent gjennom mange tiår. Det har vært et fortløpende utviklingsarbeid for å møte utfordringene. Likevel er tilbakemeldingene fra brukere, pasienter, pårørende og tjenestene selv at samhandling fortsatt er et problem, stod det skrevet i Stortingsmelding nr. 47, s.21 (Regjeringen.no). I meldingen ble det også vektlagt strukturelle grep for å kunne bedre samhandlingen.

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til å kunne fordele oppgaver seg i mellom for og nå et felles mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en

koordinert og rasjonell måte. Det som kalles Samhandlingsreform i dag er egentlig en oppgavefordelingsreform (Hatland, Kuhnle og Romøren (red.) 2011).

Oppgavefordelingen skal skje ved at kommunehelsetjenesten overtar en del pasientgrupper fra spesialisthelsetjenesten. De viktige elementene i meldingen var at spesialisthelsetjenesten skal spesialiseres mer, kommunehelsetjenesten skal overta sykehusoppgaver, kommunene skal betale deler av utgiftene ved inn- og utskrivning fra sykehus. Det var også et forebyggende element knyttet til å bedre folkehelsen for å dempe presset på spesialisthelsetjenesten (Hatland, Kuhnle og Romøren(red.)2011).

For vår problemstilling er det viktig å slå fast at i forbindelse med Samhandlingsreformen har det blitt gjort endringer i helselovgivningen, som tydeliggjør ansvaret for individuell plan, og plikten til å oppnevne koordinator.

3.0 Iverksetting av IP som en organisatorisk utfordring

Vår problemstilling dreier seg om hvordan kommunenivået har håndtert det lovpålagte kravet om IP. Kommunen er en organisasjon med et stort mangfold av oppgaver og ansvarsområder. Organisasjonsteori kan hjelpe oss til å forstå hva som skjer når kommunen som organisasjon skal innføre ny praksis eller gjøre endringer i strukturen, som for eksempel å opprette koordinerende enhet. Innen dette teorifeltet finnes det et stort mangfold av teorier og perspektiver. Her vil vi kort presentere et mye brukt skille mellom et instrumentelt og et kulturelt perspektiv på organisasjoner.

Det instrumentelle perspektivet

Et instrumentelt perspektiv forutsetter at organisasjonen kan brukes som et instrument for å realisere gitte mål. Dette perspektivet legger vekt på å finne frem til effektive arbeidsteknikker. I en offentlig organisasjon handler både den overordnede og de underordnede innenfor formelle rammer. Det er retningslinjer og prosedyrer for hvordan de skal tenke og handle i arbeidet. Den formelle organisasjonsstrukturen blir brukt aktivt for og nå målet. Lederskap er knyttet til overordnede hierarkiske posisjoner. Ledelse innebærer at de formelle aspektene ved de underordnedes roller er i fokus og dominerer deres adferd, altså ledelse blir å utnytte de hierarkiske virkemidlene. Ledelse faller i stor grad under styring. Den øverste ledelsen ivaretar samordning av organisasjonsenheter og organisasjonsmedlemmer (Christensen et al. 2013).

I denne oppgaven vil dette dreie seg om hvordan administrasjonen i kommunen har organisert arbeidet i den koordinerende enhet ved oppstart. Kommunene kan selv velge hvordan de vil organisere de oppgavene som de får av staten jfr. KommuneLOVEN kap. 3 1992 (lovdata.no). Organiseringen av koordinerende enhet kan være ulikt fra kommune til kommune. Det vil også bli ulikt hvilke oppgaver administrasjonen velger å gi til den koordinerende enhet og hvor godt de legger forholdene til rette ved oppstart. F.eks. hvilke retningslinjer, prosedyrer og rutiner som blir vedtatt i kommunestyre i forkant av iverksetting. Et viktig tema her vil også være i hvilken grad lederen for koordinerende enhet blir gitt tilstrekkelig myndighet til å kunne utføre denne jobben i tråd med lovverket. Med utgangspunkt i et instrumentelt perspektiv, vil en være opptatt av hvorvidt organisasjonen er tjenlig i forhold til målrealisering og ressursbruk.

Det kulturelle perspektivet

Sett fra et kulturelt perspektiv vil intensjonen i større grad bli rettet mot de uformelle og til dels skjulte sidene ved organisasjonens virkemåte. Selve kulturbegrepet viser til at dette er noe som mennesker utvikler sammen over tid. Kulturbegrepet definerer Schein som:

Mønsteret av grunnantakelser som en gruppe har kommet fram til, eller utviklet etter hvert som den har lært seg å mestre sine problemer som ytre tilpasninger og indre integrasjon, og som har fungert lenge nok til å bli betraktet som holdbare, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene (Hatch, 2011)

Organisasjonskulturen er basert på uformelle normer og verdier. Disse normene og verdiene har vokst frem i organisasjonen etter hvert, parallelt med de formelle normene og verdiene. Når dette skjer blir organisasjonene mer komplekse og mindre fleksible og tilpasningsdyktige ovenfor nye krav. Fordelene med dette er at det gir kvalitet på tjenestene fordi de har lang erfaring med arbeidet. Derfor har de også lettere for å løse oppgaver og har et sterkere sosialt fellesskap. Det kulturelle perspektivet setter ledelse i fokus, men den tradisjonelle hierarkiske ledelsesformen kan bli undergravd (Christensen et al. 2013).

I vår oppgave kan dette relateres til kultur på flere plan i kommunen, i koordinerende enhet eller kulturen blant helsepersonellet som jobber tett på brukerne. Det tar tid å etablere en kultur i en organisasjon. Mange av de koordinerende enhetene ble iverksatt først i 2012 når Helse- og Omsorgstjenesteloven ble iverksatt. Slik at de koordinerende enhetene er forholdsvis nyetablerte, men helsearbeiderne har gjerne allerede etablert en kultur i sin

virksomhet hvor de er ansatt. Det kan f.eks. være en kultur i forhold til sitt fag. At de har yrkesstolthet og har et ønske om å gi kvalitet på sine tjenester til brukerne. Hvor tilpasningsdyktige vil fagfolkene være ovenfor kravet om å bruke mer tid på å skrive IP og mindre tid på deres faglige arbeid. Vi kan også tenke oss at en kommune som helhet kan ha kulturelle særtrekk av betydning for iverksetting av IP.

Ledere av koordinerende enheter og ledere av tjenestevirksomhetene har gjerne som mål og få utført flest mulige helsetjenester til flest mulige brukere, og i tillegg få laget flest mulige IP. Dette kan komme i konflikt med ansattes ønsker om å gi kvalitet på sine tjenester og se at brukerne blir fornøyde. Det utdannede helsepersonellet aksepterer ikke like lett lederens autoritet i dag og kan velge å jobbe etter andre mål enn det lederen ønsker.

3.1 Ledelse

Ledelse er blitt et stadig mer omtalt tema i den allmenne offentligheten de siste årene. Internasjonaliseringen har satt de nasjonalt etablerte styringsordningene under press. Det har vært behov for å utvikle en mer effektiv offentlig sektor, etter kritikk fra borgerne om for mye byråkrati. Man ser at Norge har tatt i bruk reformer som er inspirert fra privat sektor slik som New Public Management, hvor ledelsesidealet er profesjonell ledelse med fokus på effektivitet og økonomi (Byrkjeflot, 1997).

Norske bedriftsledere har først og fremst vært orientert mot virksomhetens faglige substans. Den amerikanske bedriftskonsulenten George Kenning holdt foredrag om profesjonell ledelse i Norge fra 1955. Han mente at norske ledere var eksperter – ikke ledere. Kennings hevdet at faglig dyktighet – var ingen lederkvalitet (Byrkjeflot, 1997). Det er ikke uvanlig at sykepleiere gjennomfører tilleggsutdanning i administrative fag, for å legitimere sykepleiernes forventninger om å inneha avdelingslederstillinger.

Nødvendigheten av å tilegne seg lederkunnskap er at en slik lederstilling ikke ene og alene er en ren helsefaglig stilling (Sommervold, 1997). Forskjellene mellom hva som oppfattes som «god ledelse» i offentlige og i private virksomheter blir mindre (Byrkjeflot, 1997).

Helsedirektoratet kom i 2010 ut med en rapport fra en undersøkelse av 40 personer som jobbet i koordinerende enheter. Rapporten heter «Knutepunkt for koordinering» og beskriver at det er krav om at ansatte i de koordinerende enhetene skal ha både formell

utdannelse og praktisk erfaring innen rehabiliteringsfeltet. Det vises til at at det er en fordel med formell kompetanse for at de ansatte skal kjenne til lovverket og kunne jobbe på et systemnivå. I tillegg forventes praktisk arbeidserfaring som tjenesteyter for bedre å forstå hva tjenesteyterne opplever i det daglige og hvilke krav de må forholde seg til (Helsedirektoratet.no 2010).

I denne sammenheng nevnes ikke noe krav til lederutdannelse eller ledelseserfaring.

Men i konklusjonen i rapporten beskriver de viktigheten av at informasjon om koordinerende enhet og IP blir delegert fra leder av koordinerende enhet til ledere av tjenestestedene og ut til tjenesteyterne. For at dette arbeidet skal bli gjort er det viktig med en tydelig leder og systemansvarlig (helsedirektoratet.no 2010).

Konklusjonen i rapporten vektlegger behov for en tydelig leder både i koordinerende enhet og i tjenesteenhetene, for at arbeidet med å informere helsepersonell om IP og koordinerende enhet skulle bli utført. Dette viser at sentrale myndigheter har tro på at hvis lederen er tydelig og setter krav vil hun lettere kunne få de hun leder til å gjøre som hun vil. En slik antakelse er i tråd med et instrumentelt organisasjonsperspektiv.

4.0 Metode

Metode er en måte å gå frem på for å samle inn data om virkeligheten. Metodelæren gir råd om hvordan vi kan samle inn informasjon på en mest mulig riktig måte (Jacobsen, 2005). Metodelæren kan hjelpe oss til å ta hensiktsmessige valg ved gjennomføringen av forskingsprosjektet. Den veileder oss i gode fremgangsmåter og forteller om konsekvenser ved valg av enkelte alternativer. Uansett hvilke type data vi vil samle inn så bør vi ha krav på oss om at de må være gyldige, relevante, pålitelige og troverdige (Aarseth, 2012).

Man kan velge mellom å bruke et kvantitativt eller et kvalitativt undersøkelsesopplegg.

Vi ser nærmere på disse to begrepene (Jacobsen, 2005).

4.1 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode er en metode i å innhente data fra virkeligheten på, i form av tall. Den mest vanlige måten er å sende ut spørreskjema til respondentene i form av brev eller via internett, men man kan også foreta telefonintervju. Ved hjelp av disse måtene kan man spørre svært mange på en gang. Spørreskjemaene har faste og like spørsmål til alle og med standardiserte svar. Kvantitativ metode har den åpenbare fordelen at det er lett å behandle store mengder tall ved hjelp av et program på en datamaskin, men det er vanskelig og tidkrevende å behandle store mengder ord. Fordeling av svar på et spørsmål kan beskrives

eksakt i prosent eller tall og med en kjent grad av usikkerhet kan vi generalisere disse funnene til alle de vi ønsker å uttale oss om (Jacobsen, 2005).

Ulempene med et slikt undersøkelsesopplegg er at det kan gi et overfladisk preg, fordi at personene kun svarer på det de blir spurt om. De går ikke i dybden. Vi tenkte at det ville være en stor fordel for oss å kunne stille tilleggsspørsmål underveis i datainnsamlingen. Ved å få respondentene til å utdype svarene bedre, ville det bli lettere for oss å sette oss inn i deres fagområde og forstå hva de mente. Kvantitativ metode egner seg best når vi har god forhåndskunnskap til det temaet vi vil undersøke. Her må man være helt sikre på at man har valgt de riktige spørsmålene, fordi da kan man ikke ta kontakt i etterkant for å be de anonyme personene om tilleggsopplysninger. Vi hadde litt kunnskap om arbeidet med IP fra Fagdagen og fra lovverket, men ikke god nok forhåndskunnskap, derfor så ønsket vi å ha muligheten åpen for å kunne kontakte respondentene i etterkant. Videre vil vi forklare hva den kvalitative undersøkelsesmetoden går ut på og vurdere den i forhold til hvilke ønsker vi har med undersøkelsen.

4.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er en måte å samle inn data på ved hjelp av setninger. Slike data kan innhentes ved å bruke ulike metoder. Vi kan bruke gruppe intervju, som benyttes når flere respondenter intervjues samtidig. Observasjonsmetode kan benyttes når undersøkeren vil observere adferden til respondentene og hvordan de samhandler med hverandre.

Dokumentundersøkelse er en metode som kan benyttes for å se på data som er innhentet i en tidligere sammenheng, som allerede finnes i bøker eller på nettet. I vårt tilfelle velger vi å gjennomføre individuelle og åpne intervju, hvor respondenten sitter ansikt til ansikt med undersøkeren. Det er deres fortolkning av en situasjon. Denne type undersøkelse egner seg godt til å gå i dybden og få frem detaljer av et fenomen. Da det er vanlig å intervjuer forholdsvis få personer, kan det føre til generaliseringsproblemer (Jacobsen, 2005).

Vi kunne ha brukt både kvantitativ undersøkelse og kvalitativ undersøkelse for å belyse vår problemstilling. Ved å bruke en kvantitativ metode kunne vi ha fått svar fra ledere av koordinerende enheter i 36 kommuner i Møre og Romsdal. Vi kunne da ha fått svar i hvilken grad de synes at arbeidet med IP fungerer i deres kommune og deres perspektiv på hva de synes ikke fungerer. Men ved svært ulike svar på hva som ikke fungerer, ville vi ha fått faglige utfordringer i analysen og tolkingen. Vi ville ikke kunne ha fastslått hvorfor erfaringene var ulike.

Siden dette er et fagfelt som vi ikke har mye forhåndskunnskap om, var det viktig for oss å ha mulighet til å stille mer utdypende spørsmål underveis. Derfor valgte vi å bruke kvalitativ metode, i form av åpne, individuelle intervju.

På fagdagen lyttet en fasinert forsamling da lederen for koordinerende enhet i en liten kommune holdt foredrag om hvordan hun ledet og organiserte arbeidet i sin kommune. Vi syntes at det ville bli et spennende innspill i vår oppgave å kunne intervju henne. Hun stilte velvillig opp fordi dette med IP er noe hun brenner for og gjerne ville uttale seg om. I tillegg til å foreta et intervju i en liten kommune, valgte vi også større kommune for å kunne sammenligne de to.

Med intervju i to kommuner kan en ikke ha ambisjoner om å generalisere funnene. For å sikre en viss grad av fylkesmessig kontekstualisering, valgte vi å intervju tre personer i tillegg. Disse tre holdt også foredrag på fagdagen. Dette var for det første en person fra Pasient- og Brukerombudets kontor, som kunne gi informasjon om hva brukerne fra hele fylket klager på.

For det andre intervjuet vi lederen for de koordinerende enhetene helseforetakene i fylket. Denne respondenten har kunnskap til kommunenes arbeid med IP i hele fylket. Siden hun er rundt om i kommunene og jobber med å få til et godt samarbeid og nettverk med kommunene, så fanger hun opp både aktiviteten og passiviteten i arbeidet med IP.

Den tredje var en rådgiver som jobber i Helse- og sosialavdelingen hos Fylkesmannen. Hun reiser også rundt i kommunene og helseforetakene i fylket og veileder og informerer om de forskjellige oppgavene som blir gitt av staten, blant annet arbeidet med IP. I sitt arbeid hører hun hva kommunene synes er vanskelig i arbeide med IP.

Vi ønsket å få et så helhetlig bilde som mulig av arbeidet med IP i kommunene. Vi baserte oss på å bruke små N-studier. En slik studie innebærer intervju av få personer. Ideelt sett kunne vi hatt flere respondenter fra de to kommunene, men vi valgte og intervju fem personer, dette fordi få respondenter gjør det enklere for undersøkeren å gå i dybden.

Kvalitativ metode legger få begrensninger på de svarene som respondentene gir og vi kunne få tak i de individuelle variasjonene og likheter i forståelsen av fenomenet. Det fører til at vi ikke påtvinger de undersøkte faste spørsmål med faste svarkategorier, som ved en

kvantitativ metode. Vi kunne dermed stille flere spørsmål underveis hvis det passet seg slik under intervjuet. Vi opplevde det som en fordel å kunne be om utdyping av svar som vi ikke helt skjønnte, fordi det ble for faglig.

Etter fagdagen, satt vi igjen med noen spørsmål om hva som kunne være aktuelt å teste ut i en undersøkelse. Det kom frem forslag til hva som kunne ha vært gjort annerledes i arbeidet med IP, og hva som hadde en positiv effekt for brukerne. Dette gav oss både ideer til hvem vi ville intervjuer og hvilke spørsmål vi ville stille.

Vi laget en intervjuguide med middels strukturingsgrad (se vedlegg). En intervjuguide er et viktig hjelpemiddel for best mulig å sikre at vi stiller de riktige spørsmålene i forhold til det vi ønsker å finne svar på. Det vil si at vi ikke hadde en helt fastsatt plan på spørsmålene, men på tema som vi burde komme inn på. Dette gjorde at respondentene kunne ta opp tema som de ville si noe mer om, og vi kunne ta opp tema vi ville få høre mer om. Fordelen med faste spørsmål er at vi får svar på det vi ønsker å belyse. Ulempen med faste spørsmål er at viktig informasjon kan gå tapt. Derfor valgte vi en middels strukturering av spørsmålene.

Valg av sted for intervjuene, kan også påvirke svarene som vi får fra respondentene. Dette kalles konteksteffekt (Jacobsen, 2005). Intervjuene gjennomførte vi på respondentenes arbeidsplasser, for at de skulle føle seg mest mulig trygge i situasjonen. Foruten ett av intervjuene som vi gjennomførte på høgskolen vår. Det fungerte også bra. Det kan være fordi vi var i et rolig møterom på en offentlig institusjon som er nøytral i den grad at rommet ikke inneholder private elementer. Med bare to kommuner må en være forsiktig med å generalisere. Vi vil likevel hevde at med tre respondenter som ser feltet fra fylkesnivå, er det til en viss grad mulig å vurdere resultatene som gyldige fra Møre og Romsdal. Generaliseringen er også avgrenset i tid. Det vil si at resultatene av undersøkelsen viser oppfatningene som respondentene hadde i februar – mars 2014.

Ved å velge en kvalitativ metode å samle inn data på, har vi en god mulighet til å oppnå en høy grad av gyldighet ved at vi får målt det vi ønsker å måle. Metoden egner seg godt til å få frem data om hvordan arbeidet med IP fungerer på kommunenivå i Møre og Romsdal. Ved å bruke kvalitativ metode og ved å intervjuer disse fem personene vil vi kunne hente relevant informasjon til oppgaven. At respondentene blir intervjuet ansikt til ansikt, at vi

foretar lydopptak og at vi har informert om at uttalelsene vil bli brukt i en bacheloroppgave, vil gjøre at respondentene vil føle seg forpliktet til å gi pålitelige svar. Uttalelsene vil også være mer pålitelige enn ved en anonym spørreundersøkelse.

4.3 Etikk

I forskningsetikk er det tre grunnleggende krav som vi må oppfylle i forholdet mellom undersøker og respondent. Det er: informert samtykke, krav på privatliv og korrekt gjengivelse. (Jacobsen, 2005) Informert samtykke innebærer at respondenten deltar frivillig og at de har en oversikt over de negative og positive konsekvenser som undersøkelsen kan få. Den som deltar i undersøkelsen må være samtykke kompetent og deltar i undersøkelsen frivillig uten noen form for press. Viktig at respondentene blir informert om hensikten med undersøkelsen og har forstått informasjonen før intervjuet gjennomføres (Jacobsen, 2005).

I forkant av hvert intervju spurte vi respondentene om tillatelse til å ta lydopptak. Vi opplyste også om at det var bare vi forskerne som hadde tilgang til opptakene og at de ville bli slettet etter vi var ferdige med oppgaven. Samtidig informerte vi om at opptakene skulle brukes i en undersøkelse i forbindelse med vår bacheloroppgave og at de skulle få mulighet til å lese gjennom oppgaven når den var ferdig. De fleste var positive til lydopptak, bare en respondent ønsket ikke at vi tok opp samtalen. Det respekterte vi og noterte på papir så godt vi kunne. Vi noterte og samtidig stilte spørsmålene, men opplevde at vi ikke greide å skrive raskt nok, og må bare gå ut ifra at det blir en korrekt gjengivelse.

Etter hvert intervju skrev vi ned referat av lydopptaket, før vi gjennomførte neste intervju. Det var en stor fordel ettersom transkribering av lydopptak viste seg å være et veldig tidkrevende arbeid. Intervjuene varte mellom en til en og en halv time, foruten det første som varte i to og en halv time. Mot slutten av intervjuene fikk respondentene mulighet til å si noe mer om hva de selv mente kunne ha blitt gjort annerledes for å forbedre arbeidet med IP.

Vi hadde ikke behov for å stille spørsmål som berørte respondentens privatliv til denne oppgaven. Det er likevel viktig at vi anonymiserer de som deltok i undersøkelsen slik at de ikke er gjenkjennelige som personer i datamaterialet. I denne oppgaven anonymiserer vi navnene på kommunene og respondentene som er med i undersøkelsen.

Det siste kravet i forskningsetikk er korrekt gjengivelse. Med dette menes at innhentet informasjon skal gjengis så riktig som vi evner. Selv om det er vanskelig å gjengi informasjonen så fullstendig og helhetlig som vi innhentet den, så må vi som undersøger streve etter å fullføre dette kravet (Jacobsen, 2005). Vi opplevde at det var enklest å få en korrekt gjengivelse da vi hadde lydopptak fra intervjuet. Vi kunne da i etterkant høre på opptakene om igjen og om igjen i ro og mak og få med oss ordrett det de hadde sagt. Det forenklet også kontrollen over alt datamaterialet å skrive referat av samtalene rett etter at intervjuet var ferdig og vi fortsatt husket det godt.

5.0 Hvordan fungerer arbeidet med IP

Vi vil nå presentere våre data fra undersøkelsene, og har plassert disse i 5 kategorier:

1) lovfestet rett til IP, 2) brukermedvirkning, 3) koordinatorrollen, 4)

Samhandlingsreformen, 5) Styring og ledelse av koordinerende enhet som organisasjon.

Den lille kommunen blir i oppgaven omtalt som kommune A og den mellomstore kommunen blir omtalt som kommune B.

Leder for de koordinerende enhetene i helseforetakene i fylket blir omtalt som respondent

3. Respondenten fra Pasient- og brukerombudets kontor blir omtalt som respondent 4 og

respondenten fra Helse- og sosialavdelingen hos fylkesmannens kontor blir omtalt som respondent 5.

5.1 Lovfestet rett til IP

Vi starter med å presentere hvordan respondentene opplever det at brukerne har en lovfestet rett til IP, og arbeidet med å tildele disse.

Respondent fra kommune A saksbehandler alle henvendelser selv og opplever at lovverket er enkelt å jobbe etter. Hvis brukeren har behov for bare en tjeneste f.eks. hjemmehjelp, så sender hun den søknaden videre til avdelingslederen for hjemmetjenesten. Men hvis brukeren har behov for to eller flere tjenester, så tildeler hun disse tjenestene og brukeren får automatisk et tilbud om IP:

Jeg synes at Helse- og Omsorgstjenesteloven § 7-1 er helt klar. Jeg synes ikke det er noe problem å saksbehandle etter den. Men det tror jeg er fordi at jeg har den faglige bakgrunnen som sykepleier og som enhetsleder fra sykehjem.

Hvis respondent fra kommune A er usikker på hva som er brukerens behov, som i tilfeller der søknaden er veldig komplisert så kaller hun brukeren inn til et møte på sitt kontor for å diskutere dette og kanskje foreslår hun tjenester som brukeren ikke hadde tenkt på:

Hvis jeg er usikker på hvilke tjenester brukeren trenger, så kaller jeg henne inn til mitt kontor og så snakker vi om det.

Respondent fra kommune B har tre saksbehandlere i sin koordinerende enhet og saksbehandler ikke selv. De velger å tolke ordet «langvarig» i Heomsl. §7-1, til å være over ett år og at dem dermed ikke trenger å sette i gang arbeidet med en IP men heller lage en oversikt over hvem som har ansvar for hva:

Nei, det trenger du ikke, men heller en oversikt som forteller hvem som har ansvaret for hva. Vi må foreta en konkret vurdering av pasienten eller brukerens behov for IP.

Respondenten fra kommune B sier at de har bestemt seg for å fatte vedtak ved tildeling av IP:

Vi har bestemt oss for å fatte vedtak ved søknad og tildeling av IP. Vi synes at det er lettere hvis brukeren vil klage på avgjørelsen.

Respondent fra kommune B sier at det blir gitt altfor store forhåpninger fra spesialisthelsetjenesten, om at pasient eller bruker skal få tildelt IP:

Det blir ofte gitt en for stor forhåpning fra helseforetakenes side om at brukeren har rett på en IP. ..Det er veldig få av de pasientene og brukerne som blir utskrevet fra helseforetakene som har behov for en IP. Det er nesten ingen. Spesielt fra psykiatriske sykehus blir det ofte gitt for store forhåpninger om at pasienten skal få laget en IP hos oss. Men det kan vi ikke innfri fordi at disse brukerne har ofte ikke behov for helsetjenester, men for f.eks. spesielt tilrettelagt undervisning som kommer inn under Opplæringsloven.

Respondent 3, mener at ansvarsfordelingen ble mye klarere når Heomsl. kom i 2012:

Forskriften om retten til IP har vi hatt i 13 år og fortsatt har vi ikke kommet langt nok. Det har vært mange endringer på denne Forskriften disse årene og jeg tenker at det er fordi at lovverket har vært for uklart, slik at de har vært uenige om tolkingen av den. Dette ble mye klarere når Helse- og Omsorgstjenesteloven kom i 2012.

Respondent 5, fra Fylkesmannens kontor veiledet kommuneansatte om Heomsl. når den kom:

Når den nye loven ble iverksatt i januar 2012, så fikk vi i oppdrag å informere og veilede kommuneansatte om den og klargjøre plikten til kommunen... Slik at også tjenesteytere som ser at brukere har behov for en IP forstår at de da skal varsle koordinerende enhet i kommunen om det.

Respondent 4 fra Pasient- og Brukerombudets kontor sier at de har mottatt klager på altfor lang saksbehandlingstid på tildeling av IP:

Vi har hatt en del klagesaker fra brukere på at noen kommuner overbyråkratiserer søkeprosessen ved tildeling av IP. Vi har hatt enkeltsaker hvor det har gått opp til 6 måneder fra pasient eller bruker har søkt, til de mottok et vedtak. Vi har allerede gitt tilbakemeldinger til enkelte kommuner om at de er for byråkratiske og at dette tar altfor lang tid.

5.2 Brukermedvirkning

Videre ser vi på i hvilken grad brukeren får medvirke i utformingen av IP og om helsearbeiderne i kommunen selv tar initiativ til å informere om dette tilbudet. Leder av Respondent fra kommune A sier at de setter brukerens behov svært høyt:

Brukermedvirkning er Alfa og Omega. Det er det viktigste, fordi at vi kan ikke lage en IP uten medvirkning fra bruker. Jeg bruker også å vise brukeren hvordan hun kan følge med på sin egen plan på nettet med dataverktøyet SamPro. Brukeren er med på utformingen av planen og setter mål for seg selv, mens jeg blir bare en veileder. Ved oppstart av IP får brukeren være med på å velge hvem som skal være koordinator for hennes ansvarsgruppe.

Respondent fra kommune B har også fokus på brukermedvirkning, men jobber ikke så tett på brukerne som i kommune A:

Vi må alltid ha brukermedvirkning i høysetet. Både Helse- og Omsorgstjenesteloven og Pasient- og Brukertjenesteloven sier at vi skal ha brukermedvirkning. Men vi jobber ikke direkte opp imot brukerne. Vi har ansvaret for IP på et systemnivå og ikke på et individnivå.

Respondent 3 fra koordinerende enhet i Helseforetakene oppfordrer fagfolkene til ikke å glemme at det er brukeren sin plan:

Når jeg er rundt omkring i fylket og veileder om IP, så har jeg brukermedvirkning som tema hver gang. Da tar jeg det frem og nevner eksempler slik at det ikke blir glemt. Fordi at vi fagfolk har stor makt til å bestemme og ikke bestemme når vi åpner opp for at brukeren skal ha innsyn i sin plan og delta aktivt i den. Vi fagfolk er forskjellige personer. Noen tenker at jeg er fagpersonen og kan bestemme, mens andre tenker at de skal ta beslutninger sammen med brukeren.

Respondent 3 merker også at fagfolkene svikter i å informere brukerne om deres rett til og få laget sin egen IP:

Jeg har jobbet veldig mye i forhold til fagfolk både i helseforetakene og i kommunene for å få dette arbeidet med IP opp og gå. Jeg merker at brukerne får ikke den informasjonen om IP som de har krav på. Det ene er at det er stor kunnskapssvikt blant fagfolkene. Når jeg er rundt omkring så får jeg med meg at mange helsearbeidere ikke har hørt om IP. Men det kan også være at fagfolkene glemmer og spørre om brukeren ønsker IP, eller at de ikke vil spørre om det fordi

at det er veldig mye arbeid i forhold til det. Eller at fagfolkene tar avgjørelser for brukeren ved at de tenker at denne brukeren er jo så fornøyd så hun har sikkert ikke noe behov for en individuell plan.

Respondent 4 fra Pasient- og brukerombudets kontor sier at de får inn klager fra pårørende til brukere, som selv ikke kan gjøre seg forstått. Disse pårørende opplever at det er vanskelig å samarbeide med helsetjenestene:

Pårørende har en viktig rolle her og ofte ser vi at pårørende blir oppfattet som en motspiller istedenfor en medspiller i samarbeidet med tjenestene. Viktig å involvere pårørende her, de skal jo representere pasienten med henhold til medvirkning.

5.3 Koordinatorrollen

På fagdagen om IP og i løpet av denne undersøkelsen har det kommet frem at det er en del utfordringer knyttet til koordinatorrollen. Respondent fra kommune A har valgt en strategi for at samarbeidet med koordinatorene skal fungere:

Det som er så viktig i min jobb er å ha et tett samarbeid med koordinatorene. Når jeg oppdager at det er en konflikt mellom en bruker og koordinator eller ansvarsgruppe, så tar jeg tak i det med en gang. Da inviterer jeg dem inn til et møte og vi diskuterer oss frem til en løsning.

Respondenten fra kommune A har ikke hatt problemer med utvelgelse av koordinatører:

Koordinator blir valgt ut i fra den tjenesten som brukeren bruker mest. Jeg gir bare beskjed til enhetslederen om at brukeren har flest tjenester fra deres enhet og at de må oppnevne en koordinator. Det har fungert fint. Hvis vi ikke kommer til enighet kan kommunalsjef eller rådmann hjelpe oss, men det har aldri vært nødvendig. Jeg er med og starter opp arbeidet med IP og så får koordinatoren ansvaret for å lede planen videre.

Respondenten fra kommune A leser gjennom alle IP hvert år for å se om de er aktive:

Jeg pleier å foreta kvalitetssikring av alle planene hvert år. Jeg leser gjennom dem og evaluerer dem ved å se når de er blitt skrevet på sist. Hvis de ikke har vært skrevet på det siste året så stiller jeg spørsmål til koordinator hvorfor det ikke har blitt gjort.

Respondenten fra kommune B opplever at det er et stort problem å velge koordinator. Helsearbeiderne må gjøre mye på kort tid og har hektiske dager fra før, slik at de vegrer seg for å ta på seg enda en oppgave. Helsearbeideren er kanskje koordinator for 10 andre brukere fra før. Hun skjønner at man må ha nok tid hvis man skal være en god koordinator og at det avhenger av at enhetslederen gir dem nok tid til oppgaven. Hun pleier å si at de skal få opplæring i dataverktøyet SamPro og da vil ikke jobben ta så lang tid:

Vi har fått myndighet til å peke ut koordinator, men det er en utfordring. ...Men jeg tenker at det er ikke mitt ansvar. Jeg bestiller bare tjenesten. Men jeg kan godt si til en avdelingsleder at det er mest nærliggende å velge en koordinator fra dere, så blir det opp til henne å velge en.

Respondent 3 fra de koordinerende enhetene i helseforetakene har erfaringer fra IP også fra en tidligere stilling, som hun drar nytte av når hun skal samarbeide med kommunene om å bli bedre i arbeidet med IP:

Når jeg tidligere jobbet med prosjekt, hadde jeg innsyn i individuelle planer i kommunen. Jeg må si at da så jeg at det var mye dårlig arbeid med IP. Det ble ikke laget gode nok planer og ikke nok planer. Det var ikke noen prosess eller aktivitet i planene. Det ble ikke satt i gang noe tiltak hvis noe ikke fungerte og det ble ikke foretatt noen evaluering av det som ble utført. Det må være aktivitet hele tiden for at brukeren skal klare å oppnå sine mål. Derfor er det veldig viktig at det er en god koordinator som sitter bak og drar i de riktige trådene og passer på og sikrer at det blir fremgang.

Respondent 5 fra Fylkesmannens kontor får stadig høre at kommunene sliter med å rekruttere koordinatorene men hun sier at helsepersonell kan ikke reservere seg mot å bli valgt som koordinator:

Jeg hører at det er problemer med å oppnevne koordinatorene. Men det står i Helsepersonell loven at helsepersonell er pliktige til å arbeide med individuell plan, slik at de kan ikke reservere seg mot å bli oppnevnt som koordinator.

Respondent 5 sier at det er stort turnover blant koordinatorene som fører til at det blir for liten kontinuitet i arbeidet deres og at de får for lite kjennskap til brukeren. Ofte er kjemien for dårlig mellom bruker og koordinator, som igjen fører til at brukeren vil si opp koordinatoren og bytte til en ny. Men at de ikke kan gjøre det altfor ofte fordi da vil de ikke kunne få kontinuitet i arbeidet. Hun hører også at IP ofte ikke er aktiv:

Noe annet som jeg ofte hører er at brukeren får en IP men at den blir lagt i en skuff og glemt. Kanskje i flere år. Vi får mange klager hit til Fylkesmannen fra brukere som klager på arbeidet i IP eller på samarbeidet med koordinator.

Respondent 5 har også hørt om en suksesshistorie i arbeidet med IP. Det dreide seg om et toårig samarbeid mellom Fylkesmannen og tre kommuner i fylket. De hadde alle problemer med å rekruttere koordinatorene. Det foregikk ingen bevisst rekruttering men ansvaret ble oftest lagt til den som hadde mest kontakt med brukeren. Hver av kommunene laget hver sin handlingsplan på forbedringer og de utførte mer opplæring i SamPro verktøyet. De utarbeidet også en klargjøring av koordinatorens rolle, hvilke oppgaver de

skulle ha og utarbeidet felles søknadsskjemaer for IP. Dette arbeidet ble evaluert i etterkant. Kommune 1) oppga at det nå var enklere å rekruttere koordinatorene fra de ulike tjenesteområdene. De har også bestemt at SamPro skal brukes ved opprettelse av IP. Kommune 2) gav tilbakemelding på at antallet IP har økt i kommunen. Kommune 3) uttalte at de har fått i gang nettverksmøter for koordinatorene og at flere enheter er interesserte i å få opplæring i SamPro.

Respondent 5 sier det slik:

Altså gjennom å ha fokus på rollen til koordinatoren og ved å ha fokus på arbeidet med IP, så greide kommunene å bli bedre på dette.

Respondent 4 fra Pasient- og brukerombudets kontor uttalte at de får inn ca. 40 klager i året, hvor koordinatorrollen og IP er involvert. Det som de klager på, er at de ikke har fått IP når de mener at de burde ha fått det, de kan ha blitt lovet at det skal bli ordnet men så skjer det ingenting. Brukeren venter og venter. Men de aller fleste kontakter kontoret av den grunn at de har fått IP, men at den ikke er aktiv. Den blir bare tatt frem på ansvarsgruppemøte og så legges den bort igjen. De klager også på at koordinator ikke møter opp til avtalt tidspunkt, er fraværende, har ikke rett fokus og at de ikke har nok kompetanse på hvordan IP skal fungere:

Koordinator skal ha minst like viktig rolle i en IP, som brukeren har. Jeg tror at det er viktig at koordinatorrollen ikke blir sett på som om man har trukket kortet med «Svarte Per» på. Rollen må gjøres mer attraktiv. Det kan gjøres ved at rollen profesjonaliseres og at det blir gitt tillegg i lønn for stillingen og at det blir satt av nok tid til å lære de opp og kurse dem.

5.4 Samhandlingsreformen

For at arbeidet med IP skal kunne fungere er det viktig med god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Respondent fra kommune A sier at god informasjon fra sykehuset er viktig for at bruker skal bli tildelt de riktige tjenestene i kommunen og at det skjer at viktige opplysninger om brukerens behov kommer i etterkant:

Kommunen blir informert når pasienter blir utskrevet og om helsetjenester som pasienten vil ha behov for, men det hender at viktig informasjon kommer for sent inn. Den skriftlige beskjeden fra legen med detaljerte og viktige opplysninger om hva pasienten trenger, kommer som oftest for sent til kommunen. Det kan gå riktig ille for pasienten hvis livsviktig informasjon kommer for sent.

Respondent fra kommune B sier at de som oftest mottar den informasjonen som de trenger på forhånd:

Vi får tidlig beskjed i forkant av at en ferdigbehandlet pasient kommer ut i kommunen igjen og vil ha behov for forskjellige helsetjenester. Vi får tilsendt epikrisen og vi har et møte med helseforetaket for å samarbeide om hva brukeren vil trenge. Det er spesielt de psykiatriske helseforetakene som er flinke til dette, fordi det er pasienter som har spesielle behov når de kommer ut.

Både kommune A og B har opplevd at informasjonen har kommet samtidig som pasienten blir utskrevet:

Kommune A sier det slik: Skriftlige dokumenter kan også følge pasienten. Da kommer det i hvert fall samtidig med pasienten. Men det beste for oss hadde vært om vi fikk dette i forkant fordi da kunne vi ha forberedt oss slik at vi hadde de riktige helsearbeiderne, tjenestene og passende bosted når pasienten kom hit.

Kommune B sier det slik: Det kan skje at vi får beskjed samme dag som pasienten blir utskrevet, men det er i tilfelle fra et sykehus som ligger nær oss.

Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 for at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skulle samarbeide bedre. Men respondent 3 fra de koordinerende enhetene i helseforetakene i fylket, opplever fortsatt at de klager på hverandre:

Jeg hører at kommunene klager på helseforetakene og helseforetakene klager på kommunene. Helseforetakene irriterer seg over at de får inn pasienter fra kommunene uten en IP.

Respondent 4 fra Pasient- og brukerombudets kontor uttalte at de får inn klager som går på samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten:

Med utgangspunkt i de klagene vi får inn til oss så har tjenestene et stort forbedringspotensial med å samarbeide bedre. Virker som om samhandlingen er mer tilfeldig enn at det er planlagt og satt i system. Samhandlingen er veldig personavhengig.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ikke hatt mulighet til å kommunisere gjennom samme dataverktøy. Respondenten fra Pasient- og brukerombudets kontor gav uttrykk for at SamPro er et godt dataverktøy som kan forbedre kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom tjenestene:

Det har alltid vært en elektronisk barriere for å kunne samhandle mellom sykehusene og kommunene på grunn av ulikt system, men heldigvis har dette blitt bedre. Det har vært vanskelig på grunn av at det har vært strenge lover i forhold til flyt av personsensitive opplysninger elektronisk, men nå har systemet blitt så sikkert at det blir mer og mer akseptert.

Kommune B sier det slik: SamPro er like sikkert som banken, fordi vi får hver vår kode som vi er nødt til å taste inn.

5.5 Styring og ledelse av koordinerende enhet som organisasjon

Ledere kan benytte ulike måter å organisere arbeidet på for å oppnå tilstrekkelig effekt for og nå sine mål (Christensen et al. 2013)

Respondent fra kommune A mener at for å styre en organisasjon på en god måte så må ledelsen ha god struktur, gode rutiner og god organisering av arbeidet:

Når brukere har behov for langvarige og koordinerte tjenester får de automatisk et tilbud om IP, etter å ha vurdert og funnet ut at brukeren har krav på dette. Selv om det er mange søknader så rekker jeg det. Selve saksbehandlingen kan ta opp til en uke. Jeg er saksbehandler, jeg kartlegger behovene og har dialog med brukerne og registrerer dette på Geric. Det handler om organisering.

Respondent fra kommune B, og respondent 3 fra de koordinerende enhetene i helseforetakene organiserer arbeidet på et mer systemnivå:

Kommune B: Vi skal ha oversikt over alle rehabiliterings og habilitering tjenestene som finnes i kommunen. Men vi er ingen utfører selv. Vi skal vite hvor de finnes og sende brukerne dit de skal. Vi skal også ha ansvaret for det med individuelle planer, men på et systemnivå ikke på et individnivå. Vi har ansvaret for at det er rutiner og et system som ivaretar det med opplæring av de som er koordinatører.

Respondent 3, koordinerende enhetene i helseforetakene:

Jeg har overordnet ansvar for IP på et systemnivå. Jeg er også bindeledd mellom postene og ledelsen på sykehusene. Det vil si at jeg skal drive opplæring i forhold til IP og veiledning og støtte til postene på sykehusene. Jeg har etablert en kontaktperson i hver enhet hvor jeg gir informasjon og veiledning til den ene personen. Den personen blir da «superbruker» i sin enhet.

Respondent fra kommune B sier at når det kommer til arbeidet med IP så har det vært presserende på et systemnivå:

Det er dessverre blitt en del venstrehåndsarbeid. Det må jeg innrømme, fordi det er så mye som er presserende på systemnivå. Vi kunne ha gjort mer, men det er ikke dermed sagt at vi ikke har gjort noe.

Respondent fra kommune A sier at hun klarer å saksbehandle søknadene og gi midlertidige tilbakemeldinger innen tidsfristen som er satt, fordi at hun er strukturert:

Jeg klarer å holde tidsfristene som jeg har satt. Jeg mottar maks seks søknader eller henvendelser i uken om ønske eller behov for helsetjenester. De ser jeg gjennom

med en gang etter hvert som de kommer. Jeg er godt organisert og strukturert som gjør det enkelt for meg å holde fristene.

Respondenten fra kommune B sier at det ikke er nok kapasitet til å gi raske tilbakemeldinger på søknader som kommer inn:

Utfører setter i gang denne tjenesten så snart som vi bestiller den. Men vi sender ut et foreløpig svar hvor vi skriver at vi beregner at det kan ta to måneder før saken blir ferdigbehandlet på kontoret til koordinerende enhet. Det kan gå raskere og det kan gå to måneder på grunn av den kapasiteten vi har her på kontoret. Det er så mange søknader at vi rekker ikke å ta unna sakene. Det burde være 2-3 saksbehandlere til. Men slik er det og vi må forholde oss til så mange som vi er.

Kommunene er ulikt organisert som igjen fører til at de fungerer i ulik grad i arbeidet med IP. Noen kommuner fungerer bedre enn andre sier respondent 3, koordinerende enhet for helseforetakene:

Jeg hører jo at det er noen kommuner som klarer seg bedre enn andre, jeg har ikke hørt noen suksesshistorier, i noen kommuner kan de jobbe godt med det og i andre kan de jobbe dårlig med det, men det er ikke noen statistikk for å kunne påvise dette.

Respondent 3 sier videre at hun prøver å gi kommunene tips om strukturering som kan få arbeidet med IP til å fungere bedre:

Jeg har ikke noe makt over kommunene, men de er våre samarbeidspartnere og de er så ny i dette her og det er derfor at jeg har dannet nettverk hvor flere kommuner kan komme og jeg kan gi de tips om strukturering av arbeidet og de kan utveksle tips seg imellom. F.eks. dette med SamPro. Det vil alltid være noen som ikke vil være med på det, da er det viktig at man prøver å gjøre noe med det, og ikke bare godtar at slik er det. Koordinerende enheter i kommunene bør ha faste opplæringsdager hver uke eller hver måned hvor koordinatorene og helsearbeidere får nødvendig opplæring i dette dataverktøyet.

Både respondent 5 fra Fylkesmannens kontor og respondent 4 fra Pasient- og brukerombudets kontor mener at det må være mer lederfokus i de koordinerende enhetene for at de skal kunne fungere bedre.

Respondent 5: Hvis den koordinerende enhet i kommunen fungerer med en klar og tydelig leder som har fokus på å veilede og følge opp koordinatorene, så ser vi at det fungerer bedre.

Respondent 4: Det ene er ledelsesfokus, det andre er at lederen av koordinerende enhet må ha fokus på at individuell plan er et godt virkemiddel for å koordinere og samhandle tjenestene, så vil de få det til. Jeg har hørt engasjerte ledere som har sagt at IP et kjempegodt verktøy det skal vi bruke, og det skal vi få til. Mens de som tenker at dette er bare mer administrasjon, får det ikke til.

Respondent 4 sier videre at det er viktig at det fokuseres på kompetanse i arbeidet med IP:

Med en gang man har fokus på det så kommer spørsmålet om kompetanse opp. Hva er en IP? Og hvordan skal en koordinator fungere? Det er veldig viktig å skjønne hva en individuell plan er og hvem som skal ha eierskap til denne planen. Koordinatoren skal ha minst like stor rolle i den. Det er også viktig at koordinatorrollen ikke blir sett på som «Svarte Per», rollen må gjøres attraktiv.

Respondent 3 mener at for at en leder skal kunne lede og styre den koordinerende enhet i kommunen, så må personen ha fått myndighet til dette. Ansvaret må klargjøres før den koordinerende enhet dannes for at de skal ha mandat til å utføre de rettighetene som de har i henhold til loven:

Når man skal drive koordinerende enhet er det først viktig å få myndighet som leder til å drive den koordinerende enheten i kommunen. Dette får de fra Rådmannen som delegerer myndighet til de som skal drive denne enheten. Disse lederne kan da vise til lovverket som sier hvilke rettigheter de har.

Respondent fra kommune A sier at deres kommune hadde laget klare retningslinjer, prosedyrer og myndighetsoversikt før den koordinerende enhet ble iverksatt:

Jeg tror at grunnen til at det fungerer så bra i vår kommune er at vi før vi iverksatte den koordinerende enheten, hadde laget klare retningslinjer å jobbe etter. Prosedyrer for hvordan hver rolle skulle jobbe og hvilken myndighet vi hadde. Vi hadde også møter hvor vi informerte alle hva en IP er, slik at alle var klar over det.

5.6 Oppsummering

Vi har laget en tabell som gir en oversikt over datamaterialet i forhold til kategoriene:

	Kommune A	Kommune B	Respondent 3,4,5
Loven om IP Heomsl. § 7-1	Loven er klar. Alle som får tildelt flere enn 2 tjenester får automatisk tilbud om IP.	Saksbehandler IP som vedtak. Vurderer ordet »langvarig» for å være lenger enn 1 år.	Loven klargjør ansvarsfordelingen mellom kommune og helseforetakene. Saksbehandlingen tar for lang tid.
Bruker- medvirkning	Bruker er med på utformingen av planen og setter mål for seg selv, mens de ansatte veileder.	Vektlegger bruker medvirkning, men jobber ikke direkte mot brukerne.	Fagfolk har mye makt i utforming av IP. Det er informasjonssvikt, kunnskapssvikt. Pårørende må involveres mer.
Koordinator- rollen	Tett samarbeid med koordinator, tar tak i problemet med engang det oppstår, har ikke problem med utnevning av koordinator.	Store problemer med å velge koordinator, helsearbeidere har mye arbeid fra før av. Rollen er forbedret, mer delegerende og veiledende.	Mye dårlig arbeid med IP. Ingen prosess, evaluering eller tiltak for det som ikke fungerer. Helsepersonell er pliktige å være koordinator, men tidsmangel, kompetanse mangel og dårlig kjemi med bruker.
Samhandlings- reformen	God kommunikasjon og informasjonsdelen mellom psykiatriske helseforetak og kommunen, men for sen informasjon fra spesialisthelsetjenesten.	Godt samarbeid mellom kommunen og helseforetakene, men viktig informasjon om pasient kan komme samtidig som pasienten blir utskrevet.	Enhetene klager på hverandre. Samhandling skjer litt mer tilfeldig. Kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom enhetene har blitt bedre grunnet bruk av samme dataverktøy.
Styring og ledelse	Arbeider med IP på systemnivå. Viktig med struktur, rutine, organisering og dialog med bruker. Tett kobling til bruker i prosessen. Tett oppfølging av koordinator.	Ansvar for å utarbeide IP på systemnivå. Begrenset kapasitet og stor mengde søkere fører til mindre kontakt med bruker og koordinator .	Tydlig leder som krever resultat og tettere oppfølging av arbeidet med IP. Koordinatorrollen må gjøres mer attraktiv. Koordinerende enhet blir ofte pålagt for mange oppgaver i forhold til ansatte.

6.0 Konklusjon

Vår oppgave tar sikte på å belyse **hvordan arbeidet med individuell plan fungerer på kommunenivå**. Innenfor oppgavens begrensninger ser vi noen mønstre i datamaterialet som vil bli formidlet i tråd med kategoriene brukt i kap. 5.

Det som kommer klart frem er at alle respondentene har kjennskap til og aksepterer det loven pålegger. Det problematiseres ikke at dette skal være en rettighet.

Alle respondentene mener at loven klargjør ansvarsfordelingen mellom kommunene og helseforetakene. Det er her grunn til å tro at når loven slo fast at kommunene er pliktige til å utarbeide IP, så har det ført til økt fokus på IP og har økt arbeidet med individuelle planer. Opprettelse av koordinerende enhet i våre to kommuner, skjedde som en direkte følge av lovpålegget.

Brukermedvirkning ved igangsetting og oppfølging av IP viser seg å være forskjellig i de to kommunene. Årsaken kan være at de får inn et ulikt antall søknader til de koordinerende enhetene. Kommune A får 6 søknader pr. uke og kommune B får inn 100 søknader pr. uke. Kommune B opplever at de får inn flere søknader enn de klarer å ta unna etter hvert. Grunnen til at mye av fagfolkene lar være å spørre brukerne og selv tar avgjørelsen, kan være at da går det raskere og ta en beslutning selv og at de da sparer tid når de har mye å rekke. Men det kan også være at det er fordi at de er utdannet innen helse og mener at de vet best hva brukeren trenger. Årsaken til at fagfolkene unngår å melde om at en bruker trenger en IP, kan også være fordi at de har kapasitetsproblemer. At de har altfor travle arbeidsdager fra før og vil unngå å pådra seg enda flere oppgaver. Noen ganger kan kjemien mellom bruker og koordinator være dårlig. Dette kan både være en følge av for liten brukermedvirkning, og en årsak til at slik medvirkning ikke bli realisert. Brukeren skal helst få medvirke til hvem som blir valgt til koordinator. Kommune B mottar mange klager fra brukerne på arbeidet rundt IP, men kommune A har ikke mottatt klager.

Undersøkelsen viser utfordringer ved koordinatorrollen, både når det gjelder rekruttering, ressurser og evne til å fylle rollen. Det kan se ut til at samarbeidet med koordinator

fungerer bedre hvis leder for koordinerende enhet har en tett oppfølging av arbeidet til koordinatorene. Våre data tyder på at det er et større behov for å gjøre koordinatrollen mer attraktiv i en større kommune.

At det ble laget for få planer og for dårlige planer i kommunene, kan være fordi at det ikke har vært tradisjon på å sette nok fokus på disse oppgavene fra enhetsledernes side. At IP ikke er aktive kan skyldes at leder for koordinerende enhet og enhetsleder ikke krever at det er aktivitet og at disse lederne ikke kvalitetsikrer om det er noen prosess eller fremgang. Helsepersonell kan ikke reservere seg mot å være koordinator, da de som ansatte i kommunen må følge de lover som gjelder for kommunen.

Respondentene fra de to kommunene opplever at Samhandlingsreformen har ført til mer fokus på samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene. Begge kommunene er mest fornøyde med samhandlingen med de psykiatriske helseforetakene. Men særlig kommune A opplever at informasjon kan komme i etterkant eller samtidig med at pasienten blir utskrevet fra sykehuset. Det kommer også frem at kommunene opplever at det er dårlig kommunikasjon mellom tjenestestedene og at dette kan få store konsekvenser ovenfor brukerne. Samhandlingsreformen har ført til fokus på samarbeid mellom helseforetaket og kommunen, men ut ifra vår undersøkelse så må informasjonsdelingen og kommunikasjonen mellom helseforetak og kommune forbedres. Dette kan forbedres ved hjelp av bedre utnyttelse av dataverktøyet SamPro, som oppleves å være et godt hjelpemiddel for god samhandling mellom tjenestestedene.

Det er enighet blant de fleste respondentene at ledelse, styring og organisering av de ansatte, er et viktig tema i henhold til arbeidet med individuell plan. Det kommer frem i undersøkelsen at både kommune A og B jobber på et systemnivå. Forskjellen mellom disse kommunene er hvor tett samarbeid de har med bruker og koordinator. Kommune A har tett samarbeid med både bruker og koordinator, mens i kommune B har de ikke like tett samarbeid med bruker og koordinator, arbeidet med IP fremstår mer som en vedtaksproduksjon. Resultatene viser at det er viktig med en klar lederrolle for at en koordinerende enhet skal fungere og dermed arbeidet med IP skal fungere. Derfor er det viktig at lederrollen og strukturen av organisasjonen blir klargjort av kommune administrasjonen før selve enheten settes i gang. I undersøkelsen kommer det frem at uklar mandat og overbelastet koordinerende enhet fører til at enheten verdsetter effektivitet ovenfor kvalitet i arbeidet med individuell plan.

Våre funn viser at det er en sterk aksept og lojalitet knyttet til lovpålegget om IP, men at de to kommunene i noe ulik grad har lyktes i å realisere idealene i tråd med lovgivers intensjoner. Respondentene på fylkesnivå er gjennomgående mer kritiske til kommunenes håndtering av sitt ansvar, og etterlyser mer orden og system på brukernes vegne. Mangler ved iverksettingen synes i hovedsak å bli forstått ut fra et instrumentelt perspektiv. Fordi det er mangel på tid, kompetanse, klar og tydelig ledelse og organisering. Det er lite i materialet som direkte knytter manglende brukermedvirkning til trekk ved kultur, men heller at en ser dette som kapasitetsproblemer. Respondentene fra fylkesnivå er noe mer tilbøyelige til å vise til at problemene kan være knyttet til fagfolkenes maktposisjon og holdninger. Slike forklaringer kan plasseres i et kulturelt perspektiv. Samlet sett tyder vår studie på at en generell lovbestemmelse, i dette tilfelle en individuell rettighet, blir ulikt ivaretatt i ulike lokale kontekster.

I en skoleoppgave som denne må vi begrense oss i tid, rom og kostnader for og nå oppgitte mål. I den sammenheng har vi undersøkt to kommuner. Det er et lite grunnlag å konkludere på, men sammen med intervjuene på fylkesnivå har vi likevel spennende funn. Underveis i undersøkelsen har det kommet frem en del spennende tema som vi kunne ha tenkt oss å undersøke nærmere i eventuelle fremtidige og større prosjekt.

Vi vil avslutningsvis antyde mulige oppfølgingsprosjekter:

- brukerundersøkelse
- intervju av 10 koordinatører
- dokumentanalyse av individuelle planer
- observasjonsundersøkelse av ansvarsmøter mellom, bruker, koordinator og tjenesteytere
- intervju av 10 rådmenn om hvordan de har valgt å organisere koordinerende enhet i sin kommune.
- Hvordan fungerer Fylkesmannens tilsyns- og veiledningsrolle vedørende arbeidet med IP.

Referanseliste:

Brekke, Åge. (2012): Evaluering av lover i samfunnet, i Kristin Tornes (red.) 2012: *Evaluering i teori og praksis*. Trondheim: Akademika forlag.

Byrkjeflot, Haldor.(1997): *Fra styring til ledelse*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S.

Christensen, Tom, Per Lægreid, Paul G. Roness og Kjell Arne Røvik. (2013). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*, 2.utg. 3.opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Definisjon av SamPro

<http://www.d-ikt.no/Hva-gjor-vi/Systemer/Skole-og-oppvekst/SamPro/>

Lest: 18.05.14

Hatch, Mary Jo. (2001). *Organisasjonsteori. Moderne, symbolsk og postmoderne perspektiver*. Oslo: abstrakt forlag.

Hatland, Aksel, Kuhnle og Romøren. (2011). *Den Norske velferdsstaten*, 4.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet (2010) sin rapport «Knutepunkt for koordinering»

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/knutepunkt-for-koordinering--koordinerende-enhet-for-habilitering-og-rehabilitering-i-fem->

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61kommuner/Publikasjoner/knutepunkt-for-koordinerende.pdf>

lest: 22.04.14

Jacobsen, Dag Ivar.(2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2.utg. Kristiansand S. : Høyskoleforlaget.

Lovdata.no, Helse- og Omsorgstjenesteloven

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lest: 18.01.14

Lovdata.no, KommuneLoven.

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107#KAPITTEL_3

lest: 19.05.14

Lovdata.no, Pasient- og BrukerrettighetsLoven.

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lest: 18.01.14

Lovdata.no, Spesialisthelsetjenesteloven

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Lest: 18.01.14

Mathiesen, Thomas. (2011): *Retten I samfunnet: en innføring I retts sosiologi*. 6. Utg. Oslo: Pax forlaget A/S.

Nergaard, Richard. (2014): Kokebok om livet, pasienter får plan for tjenesteoppfølging. Romsdals Budstikke. 22.01.14

Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal, Årsmelding 2013:

<http://www.pasientogbrukerombudet.no/images/rapporter/158561336807.pdf>

Regjeringen.no, forarbeid til lov- 2011-06-24-30-§§ 7-1, 7-2 og 7-3:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011/47.html?id=639424>

lest: 21.03.14

Regjeringen.no, NOU 2005:3, «Fra stykkevis til helt», Wisløff utvalget sin utredning gitt til Helse- og Omsorgsdepartementet.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>

Lest: 23.03.14

Regjeringen.no, Stortingsmelding nr. 47, s.14

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Lest: 25.03.14

Regjeringen.no, Stortingsmelding nr. 47, s.21

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Lest: 26.03.14

Sommervold, Wenche.(1997): Ledelse i sykepleien- en strategi for profesjonalisering, i Haldor Byrkjeflot (red.)1997: *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S.

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

Aarseth, Turid. (2012): Metodiske utfordringer i evalueringsstudier, Kristin Tornes (red.) 2012: *Evaluering i teori og praksis*. Trondheim: Akademika forlag.

Vedlegg:

Intervju guide for leder av koordinerende enhet i kommune A og B:

1. Kan du kort beskrive hva koordinerende enhet er?

- Din stilling?
- Hvor mange jobber i din enhet?
- Hvilke jobber har de?

Videre ønsker vi å gå litt nærmere inn på dette om individuell plan

2. Kan du samlet sett si litt om statusen deres nå, i arbeidet med individuell plan?

- Føler du at dere har nok kapasitet til selv å ta initiativet til å tilby brukere IP?
- Hvilke tiltak har du gjort for å kunne holde tidsfristen for tildeling av IP?
- Hvor mye vektlegger dere brukermedvirkning i utformingen av IP?

3. Er det noe dere fortsatt ikke er i mål med i arbeidet med IP?

- Hvilke kriterier setter du for den som skal være koordinator?
- Hva er koordinators oppgave og hva har du gjort for å tilrettelegge for koordinatorene?
- Hvordan følger dere opp koordinatorene av ansvarsgruppene?
- Er det mange brukere som er misfornøyde med oppfølgingen av tjenestene?

4. Hvordan fungerer ditt samarbeid med helseforetakene?

Underspørsmål: hva fungerer bra og hva fungerer dårlig.

5. Hva tenker du kan gjøres annerledes for at arbeidet med IP skal kunne fungere enda bedre i din kommune?

Intervju guide for leder av de koordinerende enhetene i helseforetakene i Møre og Romsdal.

Følgende spørsmål ønsker vi å stille:

1. Fortell kort om din stilling?
2. Hva er ditt mandat i arbeidet med IP?
3. Hvorfor så du et behov for å ha den fagdagen på sykehuset?
4. Hva føler du fungerer bra i arbeidet med IP i de ulike kommunene?
5. Hva føler du har vært mest utfordrende i arbeidet med IP for de ulike kommunene?
6. Når du er rundt om i kommunene i ditt arbeid, har du fått noen oppfatning av hvordan arbeidet med IP fungerer i kommunene?
7. Etter din oppfatning hvordan er den beste måten å organisere den koordinerende enhet på kommunenivå, for at det skal fungere optimalt?
8. På fagdagen nevnte du at hvor viktig det var med brukermedvirkning. Hva ser du blir gjort ute i kommunene fra fagfolkenes side for å sette brukerne i fokus?

Intervjuguide til respondent fra Pasient- brukerombudets kontor i Møre og Romsdal

Vi ønsker og stille følgende spørsmål:

1. Kan du kort si litt om den stillingen du har, og din utdannings bakgrunn?
 - Hvilke oppgaver har din avdeling?
2. Hvordan foregår saksbendlingsprosessen når dere mottar klager?
3. Hvilke klager mottar dere som er relatert til IP?
4. Hvilke pasient grupper henvender seg mest til dere angående IP?
5. Hvilket inntrykk har du av samhandlingen mellom de ulike tjenestene?
 - Mellom helsetjenestene i kommunen og mellom helseforetakene og koordinerende enhet?
6. Hva mener brukerne er det største problemet med gjennomføringen av IP? Hva er det som ikke fungerer?
7. Er det mange klager angående altfor lang saksbehandlingstid?
8. Hvilke klager mottar dere vedrørende koordinatorene?
9. Er det mange klager på for dårlig brukermedvirkning?
10. Oppsummert, hva er det som gjør at IP ikke fungerer?
11. Hva mener du bør gjøres for at kommunene skal bli enda bedre i arbeidet med IP?

Intervjuguide for respondent fra Helse- og sosialavdelingen hos Fylkesmannens kontor.

Vi ønsker og stille følgende spørsmål:

1. Hva er din stilling hos fylkesmannens kontor?
 - Hvilke utdannelse har du ?

2. Når du er på jobboppdrag i henhold til veiledning rund om i Møre og Romsdal, har du fått tilbakemeldinger om det er noe som ikke fungerer i arbeidet med IP på kommunenivå?

3. Har du hørt noen suksesshistorier?
 - Om det er noen kommuner hvor det merkes at det fungerer?

4. Har du noen oppfatninger av hva som er grunnen til at de får det til å fungere? Eller at de ikke får det til å fungere?

5. Har du noen oppfatninger rundt koordinatorrollen?

6. Hva har dere gjort i forhold til å informere og veilede kommuneansatte om den nye Helse- og omsorgstjenesteloven?