

Utfordringer i psykososialt koordineringsarbeid

En studie om bruk og administrering av IP og Ansvarsgrupper

Kirstie Elisabet Indresøvd



Masteroppgave i spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet
Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2008

Sammendrag

Tittel: utfordringer i psykososialt koordineringsarbeid. En studie om bruk og administrering av Individuell Plan og Ansvarsgrupper

Formål og innhold: Denne masteroppgaven tar sikte på å identifisere noen av de utfordringene hjelperne møter i arbeidet med å koordinere tjenester til voksne personer over 18 år med alvorlige og sammensatte behov for tjenester. Oppgaven handler i særdeleshet om utfordringene knyttet til psykososialt arbeid – spesifikt om utfordringer knyttet til ansvarsgruppearbeid og bruk av Individuell plan (IP); to viktige verktøy som brukes for å koordinere og planlegge arbeid og tjenester rundt denne gruppen mennesker. Individuell Plan og ansvarsgruppe er omtalt som de best egnede arbeidsverktøy til dette formålet.

Psykososialt arbeid er avgrenset til å gjelde: Individuell Plan og ansvarsgruppearbeid innen psykiatri og rus på 1. linje nivå.

Hensikten med oppgaven har vært å finne hvilke utfordringer helse og sosialarbeidere kan oppleve i forhold til koordinering av psykososialt arbeid i ansvarsgrupper og ved bruk av individuell plan.

Hypotesen min var at jeg forventet å finne lite systematisk fokus på praktisk tilrettelegging av ansvarsgruppe og IP- arbeid i de ulike virksomhetene.

Metode: Undersøkelsen er en kvalitativ undersøkelse, og har et begrenset utvalg informanter. Jeg har brukt fokusgruppe som datainnsamlingsmetode, og det er deretter foretatt en tematisk analyse sett i lys av utvalgt teori. Informantene er fagfolk med høy kompetanse på feltet og med lang erfaring fra offentlig sektor. De er valgt på grunn av sine stillinger og ansvarsoppgaver i etatene, og antas å ha god oversikt over gjeldende praksis i bydelen.

Resultat: Jeg fant at hypotesen stemte godt overens med den virkeligheten jeg mener å ha funnet. Det er store utfordringer i forhold til praktisk tilrettelegging for å drive

godt psykososialt arbeid i etatene informantene kommer fra. Det fremkommer riktignok noe variasjon i de ulike etatene, men hovedinntrykket er entydig.

Utfordringene informantene står ovenfor er mangfoldige. Jeg er likevel overrasket over omfanget/graden av utfordringer det viste seg å være for informantene i arbeidshverdagen. Den var betydelig.

Konkret dreier utfordringene seg om: Det fremkom et behov for generell kompetanseheving i ansvarsgruppearbeid og bruk av Individuell Plan. Behovet gjaldt også å få på plass en felles tverretattlig forståelse av sentrale psykososiale begrep som hva en ansvarsgruppe egentlig er og kriteriene som må oppfylles for at en arbeidsgruppe skal kunne benevnes som dette. Resultatene tyder også på at det særlig er utfordringer knyttet til praktisk tilrettelegging for psykososialt arbeid. Avklaring av fastlegens og koordinatorrollens ansvarsområder er også et slikt område. Videre er det holdepunkt i undersøkelsen for at det er ulikt fokus på psykososialt arbeid internt i virksomhetene fra ledelsen. Dette kan være en medvirkende årsak til utfordringene informantene forteller om: Manglende funksjonelle IT- systemer til utveksling av informasjon i bydelen, manglende felles maler for Individuell Plan og manglende strukturell styring av oppbevaring samt lagring av individuelle planer og referater. I undersøkelsen kommer det frem at informantene selv ser sider ved bruk og gjennomføring av psykososiale arbeidsmetoder som kan forbedres. Dette går først og fremst på kompetanseheving, og metoder for utarbeiding av felles rutiner og maler. Om verktøyene i seg selv hadde informantene intet negativt å si, tvert i mot mente de at de er godt egnet til formålene dersom gode nok mandat blir gitt, tid blir satt av, og tilstrekkelig opplæring gitt til å kunne bruke dem effektivt.

Undersøkelsen gir ikke rom for entydige konklusjoner om den generelle helse- og sosialarbeiderens oppfatning av utfordringer med psykososialt arbeid. Årsaken til dette er at jeg har brukt kvalitativ metode, og har et lite utvalg. Den kan likevel være et innspill i et eventuelt kvalitetssikringsprosjekt på bydelsnivå.

Forord

Tusen takk til informantene som åpenhertig lot meg ta del i deres erfaringer og synspunkter.

Takk til Astrid Askildt og Erling Kokkersvold ved Studiesenteret på Sandane og UIO som har lagt til rette for at en kan gjennomføre et spesialpedagogisk masterstudie på vestlandet. Det gjorde at jeg fikk inspirasjon og pågangsmot til å gå løs på dette.

Takk til Marit Helgheim som alltid er like blid i telefonen når en frustrert student ringer og ber om hjelp til å ordne det praktiske rundt studenttilværelsen.

Takk til mine venner som har hatt tålmodighet med meg gjennom dette løpet. Det setter jeg stor pris på. Her må Torsdagsklubben, Suppemandag og Overhodet nevnes spesielt. Bent, Terje, Hege, Gørill, Kristine og ikke minst Siv - hadde det ikke vært for dere så vet jeg ikke om dette hadde gått.

En stor takk til min tålmodige sønn Ole Kristian som skjønnte at han måtte vente til jeg ble ferdig med masteren før vi kunne dra på ferie selv om jeg dro til Spania for å skrive, og til mine foreldre som lånte meg huset.

Sist men ikke minst - takk til min veileder Åse Egge. Du har vært en utrolig støtte og inspirasjon.

Mazzaron/ Oslo 2008

Innhold

SAMMENDRAG.....	1
FORORD.....	3
INNHold.....	4
1.0 INNLEDNING.....	7
1.1 Avgrensning av tema og problemstilling.....	9
1.2 Begrepsavklaringer.....	9
1.3 Demografi.....	10
1.4 Disponering av oppgaven.....	10
1.5.Tidligere studier.....	11
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIV OG BEGREPER.....	14
2.1 Hva er psykososialt arbeid?	15
2.2 Koordinering av psykososialt arbeid.....	16
2.2.1 Hva er en ansvarsgruppe?.....	16
2.2.2 Hva er Individuell Plan?.....	17
2.2.3 Koordinatorens oppgaver.....	19
2.3 Samtykke og taushetsplikt.....	20
2.4 Brukermedvirkning.....	21
2.5 Opplevelse av sammenheng.....	23
2.6 Mestring.....	24
2.7 Empowerment/myndiggjøringsprinsippet.....	25
2.8 Ledelse.....	27

3.0 FORSKNINGSMETODE.....	30
3.1. Valg av metode.....	30
3.2. Avgrensning av valg og metode.....	31
3.2.1 Fokusgrupper.....	31
3.2.2 Når kan/bør en bruke fokusgrupper?.....	32
3.3. Kvalitativ forskning, og grunngivning for valg av metode.....	33
3.4 Uvalgskriterier.....	33
3.4.1 Utvalg av informanter.....	34
3.5 Gjennomføring av intervjuet.....	35
3.5.1 Min rolle.....	35
3.6 Godkjenning av datamaterialet.....	36
3.7 Analysemetode.....	36
3.8 Validitet og etikk.....	38
3.9 For forståelse og metodekritikk.....	40
4.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV RESULTATER.....	42
4.1 Presentasjon av resultater.....	42
4.2 Felles forståelse.....	43
4.3 IT-systemer.....	45
4.4 Kompetanse og veiledning.....	49
4.5 Ledelsesinvolvering.....	51
4.6 Fastlegens rolle.....	55
4.7 Utfordringer i det daglige arbeidet.....	59
4.7.1 Brukermedvirkning.....	61
4.7.2 Tverretatlig samarbeid.....	63
4.7.3 Taushetsplikt og samtykke.....	67

4.8 Engasjement og lojalitet	69
5.0. SAMMENFATNING OG KONKLUSJON.....	71
5.1 Samsvar mellom hypotese og hovedfunn.....	72
5.2 Anbefaling for bedre praksis.....	76
5.3 Anbefaling for videre forskning.....	78
5.4.Konklusjon.....	79
KILDELISTE.....	80
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE.....	85

1.0 Innledning

Denne masteroppgaven tar sikte på å identifisere noen av de utfordringene helse- og sosialarbeidere møter i arbeidet med å koordinere tjenester til voksne personer over 18 år med alvorlige og sammensatte behov for tjenester.

Oppgaven handler i særdeleshet om utfordringene knyttet til psykososialt arbeid – spesifikt om utfordringer knyttet til ansvarsgruppearbeid og bruk av individuell plan (IP); to viktige verktøy som brukes for å koordinere og planlegge arbeid og tjenester rundt denne gruppen mennesker. Individuell Plan og ansvarsgruppe er omtalt som de best egnede arbeidsverktøy til dette formålet i veilederen ”Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarig og alvorlig psykiske lidelser”.

Veilederen er utgitt av Statens helsetilsyn i 2000 og er brukt som grunndokument i studien. Målet for koordinering av psykososialt arbeid (case management) er ”å sikre tilgjengelighet og kontinuitet med hensyn til de tilbudene brukeren ønsker og trenger” (Veileder 2-2002, s.13). Grunnlaget for metodens innføring i Norge er at dette er en løsning på ”problemet med å sikre at tilbud om behandling, rehabilitering og omsorg når frem til brukeren” (ibid).

Det er særlig de systemutfordringene som utøverne møter i sin hverdag jeg har valgt å fokusere på. Brukerens utbytte og opplevelse er ikke et tema som behandles eksplisitt her. Fokuset er på hjelperne – jeg har en ”den som har skoen på” – tilnærming. Jeg er ute etter hva hjelperne selv mener er utfordringene ved bruk av Individuell Plan, og deltakelse og drift av ansvarsgrupper. Jeg tar i hovedsak utgangspunkt i den omtalte veilederen og sammenligner retningslinjene der med mine funn (Veileder 2-2002). Ytterligere nødvendig avgrensninger, og avklaringer av sentrale begrep, gjøres etter behov utover i oppgaveteksten.

Da studien er en kvalitativ studie med et lite utvalg av informanter, representerer informantene seg selv og sine erfaringer. Det er likevel slik at utfordringene som fremkommer kan ha gyldighet utover virksomhetene informantene kommer fra.

Informantene er kompetente fagfolk som har jobbet innen feltet i mange år. De er plassert i strategisk viktige posisjoner i sine virksomheter, og antas derfor å ha et større overblikk over bydelens utfordringer enn saksbehandlere uten tilsvarende erfaring og ansvar. Informantene påpekte flere områder er i samsvar med teori, og omtaler potensielle vansker innen psykososialt arbeid. Jeg tillater meg derfor i oppgavens oppsummering å presentere noen råd jeg mener kan bidra til bedring av praksis. Her omtaler jeg også elementer i studien som etter min mening vil være relevante for videre studier.

Gjeldende veileder utgitt av Sosial- og helsedirektoratet (2-2000) viser til at psykososialt arbeid kan gi målbar bedring av helse og livskvalitet til målgruppen. Påvist effekt gjelder følgende: reduksjon av handicap gjennom økt sosial og praktisk kompetanse, økt selvfølelse gjennom økt mestring av eget liv og frigjøring av pasientrollen samt forebygging av tilbakefall og unødig uførhet på grunn av reduksjon av symptom (Veileder 2-2000, s.15). Temaet preger dermed også den generelle samfunnsdebatten i dag. Debatten dreier seg i stor grad om lønnsomhet i helsevesenet, og særlig om å få helsetjenesten og oppfølging av dem det gjelder til å fungere bedre. Samfunnsøkonomisk vil godt organisert psykososialt arbeid på generell basis bidra til økt effektivitet og kvalitet på tjenester siden tiltak kan komme fortere i gang og unødvendige tiltak unngås.¹ Dette vil komme bruker og pårørende til gode. Dette gjør temavalget ytterligere relevant å forske på etter min mening.

Det er få spesialpedagoger i voksenpsykiatrien. Ansvarsgrupper og individuell plan er verktøy som er velkjent i spesialpedagogisk sammenheng, for eksempel ved Pedagogisk Psykologisk Tjenestekontor (PPT), Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og habiliteringsenhetene. Disse verktøyene er også en del av hverdagen til hjelpere

¹ "Samarbeid over grensene - organisering av omsorg for mennesker med psykiske lidelser." Temahefte 4. Erfaringer fra forsøksvirksomhet i kommuner og fylkeskommuner 1991-1995 med støtte fra Sosial- og helsedepartementet. 1995, s.15

som arbeider med voksne med behov for koordinering av tjenester. Jeg mener derfor temaet er interessant og relevant for et spesialpedagogisk masterstudie.

1.1 Avgrensning av tema og problemstilling

I studien har jeg lagt vekt på informantenes begrepsforståelse. Å ha et felles språk er etter min mening viktig for å sikre at en snakker om det samme i møte med bruker. Videre har jeg fokusert på utøvernes utfordringer i det praktiske arbeidet.

Koordinatorrollen i ansvarsgruppen og i forhold til Individuell Plan er også et tema i undersøkelsen med fokus på hva det innebærer å være koordinator, og hva de mener om den aktuelle kompetansen som finnes på deres arbeidsplass. Videre er Individuell Plan et tema, hvordan denne blir opprettet, og av hvem og hvordan en jobber med brukermedvirkning og samtykke. Taushetsplikt, IT- løsninger og fastlegens rolle kommer også under denne delen. I undersøkelsen har jeg hele tiden et overbyggende fokus på lederens ansvar for å legge til rette for å kunne gjennomføre arbeid med Individuell Plan - og ansvarsgrupper.

Min hypotese er at det er lite systematisk fokus på praktisk tilrettelegging av ansvarsgruppe og IP- arbeid i de ulike virksomhetene.

Utfra dette har jeg formulert følgende problemstilling:

”Hvilke utfordringer kan helse og sosialfaglig personell oppleve i forhold til koordinering av psykososialt arbeid i ansvarsgrupper og ved bruk av individuell plan i bydelen?”

1.2 Begrepsavklaringer

Faguttrykk som ikke er direkte relatert til problemstillingen har jeg valgt å definere her. Begrep som har større betydning for selve forskningen, og som krever mer utdyping, er gjort rede for i teoridelen. Ytterligere avgrensninger foretas fortløpende i øvrig tekst.

Bruker/pasient/tjenestemottaker: I oppgaven har jeg valgt å bruke begrepene tjenestemottaker, bruker, individ og pasient med likeverdig betydning der det er naturlig. Disse er i denne sammenheng personer som benytter seg av offentlig tjenestetilbud og som har behov for Individuell Plan og ansvarsgruppe (Veileder 2-2000).

Hjelpere/utøvere/ tjenesteytere: De som sitter i ansvarsgruppen, står for oppfølging og/eller koordinerer ansvarsgruppearbeidet og Individuell Plan.

Helse- og sosialarbeider: ansatte i helse og sosialtjenesten på 1. linje nivå.

1.3 Demografi

Bydelen studiet er gjennomført i er preget av en høy andel fremmedkulturelle, fattige og enslige. Den har også høy sykkelighet og høy arbeidsledighet.² Organisatorisk i sektor ligger ansvaret for koordinering av Individuell Plan – heretter kalt IP, og ansvarsgrupper hovedsakelig på bydelsnivå. Dette er nedfelt i ulike samarbeidsavtaler mellom bydel og det lokale sykehuset.³

1.4 Disponering av oppgaven

I del 1 presenterer jeg bakgrunn for, og valg av tema. Problemstillingen blir også presentert i den delen sammen med avgrensning og tidligere studier.

I del 2 gjør jeg rede for sentrale begrep som er av vesentlig betydning for tema i undersøkelsen. Det er viktig for meg at leser skal kunne følge tankerekken mine. Jeg har derfor valgt å bruke tid på å gjøre rede for de sentrale begrepene (psykososialt arbeid, IP, koordinatorrolle, ansvarsgruppe, brukermedvirkning, taushetsplikt og samtykke) sett i lys av uvalgte veiledere utgitt av Sosial- og helsedirektoratet.

² Statistisk sentralbyrå; Levekårsundersøkelsen, FAFO 2006, Fattigdom i Stor-Oslo, En empirisk analyse. Rapporter 2005-11

³ Ikke oppgitt kilde av anonymiseringshensyn

Jeg presenterer også valgt teorigrunnlag; humanistisk menneskesyn, myndiggjøring/empowerment, mestring, meningsfullhet og opplevelse av sammenheng der disse samlet sett utgjør grunnlag for analyse av innsamlet data i del 4. De ulike veilederne som sammen med øvrig teori utgjør teorigrunnlaget for analysen blir også presentert her.

I del 3 presenterer jeg valg av metode og metodekritikk.

I del 4 presenteres, analyseres og drøftes kategoriene som trådte tydeligst frem i data opp mot teorigrunnlaget omtalt i del 2

Avslutningsvis, i del 5, oppsummerer jeg funnene mine og identifiserer de hovedutfordringene jeg finner på bakgrunn av samtaler med mine informanter. Disse gir grunnlag både for vurdering og justering av dagens praksis på lokalt nivå samt kan gi et godt grunnlag for videre forskning på disse temaene

1.5 Tidligere studier

Søk etter tidligere forskning rettet mot psykososialt arbeid viste seg å gi lite resultat. Jeg søkte på databasen Karolinska, men fant ingen relevant forskning. Siden verktøyene jeg undersøker kommer fra USA fant jeg det hensiktsmessig å søke på databasen PSYCHinfo (ovid). Jeg fant 7 studier derav to er verdt å nevne. Den ene tolker jeg til å omhandle hvilke elementer intensivt psykososialt koordineringsarbeid bør inneholde. Undersøkelsen besto av 22 forskere, 46 informanter og 21 instruktører. Informantene fremhevet betydningen av høyskoleutdanning i sosialarbeid for å utføre vellykket intensivt koordineringsarbeid. Dette var viktigere enn eventuelle verktøy. Videre fremkommer det at klientens begrensninger burde respekteres og at det i denne type arbeid bør være fokus på kontinuitet (Schaedle og Epstein, 2000).

En studie annen studie har sett på utbrenthet blant koordinerende utøvere i New York. Carney. m.fl. (1993). De fant at helsetilstanden hos disse utøverne var bedre enn i landet for øvrig. Dette er riktignok sammenlignet med en studie fra 1981. Jeg tolker omtalen dit hen at årsaken til dette synes å være systematisk fokus på kompetanseheving og vedlikehold av kompetanse i virksomheter som bedriver

koordinering av psykososialt arbeid i New York. Faktorer som påvirket helsetilstanden synes å være; hvor lenge de har jobbet med koordinering, hvilket koordineringsprogram de har brukt og i hvor stor grad virksomheten har lagt tilrette for arbeidet. Videre var tilgjengelighet av de ressursene brukerne hadde behov for en viktig faktor (Carney. m.fl. 1993) Begge studiene er gamle, og er noe på siden av min problemstilling. Jeg har likevel valgt å ta dem med for å understreke behovet for ny forskning på feltet. Det er mulig det er mine noe famlende forsøk på å søke etter relevant forskning som påvirker resultatet. Jeg tror likevel det begrensede resultatet på mine søk sier noe om hvor vanskelig det er å finne relevant forskning på feltet.

Søk etter tidligere forskning i Norge viste seg også å gi lite resultat. Jeg fant derimot mange tilsynsrapporter fra offentlige instanser. Jeg har valgt å presentere en tilsynsrapport fra Statens Helsetilsyn da jeg mener denne oppsummerer godt hva som preger feltet:

Statens Helsetilsyn gjennomførte i 2006 et tilsyn på landsbasis som går direkte på min problemstilling, om enn med en noe annen vinkling. Rapporten er en samlerapport av et landsomfattende tilsyn i 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med alvorlige og sammensatte behov for tjenester (Rapport fra helsetilsynet 3/2006). Her fremkommer det alvorlige mangler i kartleggingsfasen i det psykososiale arbeidet. Videre er det svikt i arbeidet med innføring og videreføring av Individuell Plan, særlig når det gjelder fortløpende oppdatering og endring av tiltak og kontaktpersoner. I forhold til samarbeid på tvers av etater sier rapporten at det mangler formelle arenaer der fagpersoner møtes samt dokumentasjon av uformelle kontakt. Det er uklart hvem som skal ha koordinatoransvar, og hvem som kan utnevne koordinator. Det fremkommer generelt manglende rutiner for praksis. Det mangler også systematiske samarbeidsrutiner intern og eksternt i store deler av landets helse- og sosialfaglige virksomheter. Rapporten er nådeløs i sin oppsummering og sier at ”Statens helsetilsyn ser () særlig alvorlig på de funn som er avdekket i dette tilsynet og kan ikke akseptere at det

fortsetter som nå: at tjenestemottaker selv må være drivkraft og koordinator mellom de ulike tjenestene, og selv må ha totaloversikt over tjenestetilbudet”.⁴

Rapporten har flere likhetstrekk med mine resultat.

⁴Rapport fra Helsetilsynet 3-2003, ”Et stykkevis og delt helsetilbud?” Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester. (Helsetilsynet – tilsyn med sosial og helse)

2.0 Teoretiske perspektiv og begreper

Koordinering av psykososialt arbeid er en prosess, og er tuftet på et humanistisk menneskesyn der

”Idealet er en optimal frihet for den enkelte dog forstået således, at den enkeltes frihet ikke overskrider den grænse, hvor den griber ind in andres frihed. Humansiterne vender sig mod konformitet, dvs ensrettelse og menneskelig undertrykkelse – et mål, der også findes i den dialektisk – idealistiske opfattelse”

(Egeberg m fl 1987, s.17)

Dette ligger som grunnlag for min teoretiske plattform i studien (Veileder 2-2000).

Antonovskys teori om mening og sammenheng har jeg valgt fordi den passer godt til å kunne si noe om konsekvensene det kan få når utøverne er satt til å koordinere psykososialt arbeid og møter utfordringer med ulik styrke.

I tillegg har jeg valgt å anvende teori om myndiggjøring fordi denne handler om å sette individ og system i stand til å mestre oppgaver de er satt til å løse.

Myndiggjøring vektlegger utøvers behov for kompetanse, evne til refleksjon rundt egen yrkesutøvelse og vilje til tilrettelegging for brukervedvirkning (Tveiten, 2007).

Utøver må også ha mandat og tid til å kunne utføre oppgavene de er satt til å løse (Tveiten, 2007., Bernler, m.fl., 1999). Dersom hjelperne ikke opplever at det nytter å bruke verktøyene, fordi de ikke mestrer å bruke dem, vil dette kunne påvirke pasientens tilgang på tjenester og oppfølging. Dersom hjelperen sliter seg ut fordi de for eksempel mangler kompetanse eller har for lite tid vil dette kunne få samme konsekvens.

For at leser skal få en grunnforståelse av hva studien dreier seg om, har jeg valgt å presentere begrep og prosedyrer som er av vesentlig betydning for problemstillingen sammen med øvrig teori. Disse er følgende: Psykososialt arbeid, koordinering av psykososialt arbeid, ansvarsgruppe, Individuell Plan, koordinatorens rolle og oppgaver, brukervedvirkning, samtykke, taushetsplikt, ledelse og mestring.

2.1. Hva er psykososialt arbeid?

”Psykososialt arbeid er en samlebetegnelse for tilbud fra helse- og sosialtjenesten som er aktuelle for personer med psykiske problemer” (Veileder 2-2000, s.12)

Det er skapt et eget begrep for denne type arbeid med bakgrunn i erkjennelsen av at ”det eksister et samspill mellom vår psykiske helse og de sosiale forhold vi lever under ”(ibid). Psykososialt arbeid favner om et vidt spekter av tjenester, alt fra forebyggende tiltak, omsorgsarbeid, rehabilitering, til psykiatrisk og medisinsk behandling.

Da dette er et stort og omfattende begrep ser jeg behovet for avgrensning når jeg omtaler denne type arbeid i oppgaveteksten.

Derfor avgrensner jeg psykososialt arbeid i denne oppgaven til å være:

IP og ansvarsgruppearbeid innen psykiatri og rus på 1. linje nivå.

I veilederen heter det videre:

”Det er foreløpig skrevet lite om koordinering av psykososialt arbeid på norsk. Metoden hviler for en stor del på hverdagskunnskap som er lite omtalt i faglitteratur, men som har stor betydning i praktisk arbeid. ()Noe kan virke selvfølgelig, men erfaring viser at oppfølgingen av brukerne lett går i stå dersom disse forholdene blir oversett.”

(Veileder 2-2000, s.4)

Jeg har derfor valgt å ta utgangspunkt i hva ulike veiledere sier om de sentrale begrepene som beskriver denne type arbeid. Jeg ønsket videre å ta utgangspunkt i veilederne da samtlige er tilgjengelig på Internett, og dermed lett å få tak i for virksomheter som utøver psykososialt arbeid.

2.2 Koordinering av psykososialt arbeid

Koordinering av psykososialt arbeid er en metode som skal:

”sikre samordning og kontinuitet av tjenester for personer med alvorlige og langvarige psykiske problemer. Metoden er basert på brukerens medvirkning. Etter en grundig kartlegging av den enkeltes personlige målsetting og behov, finner man sammen med brukeren fram til hva tjenestetilbudet rent konkret bør bestå av og hvordan det best kan gjennomføres”

(Veileder 2-2000, s.4).

Ansvarsgruppen og IP er koordinerende verktøy som brukes for å sikre kontinuitet og samarbeid i tjenestetilbudet til brukere med langvarige og sammensatte behov

(Veileder 2-2000). Koordineringsbehovet utkrystalliserer seg fordi innholdet i et behovstilpasset oppfølgings- og behandlingstilbud vil variere fra bruker til bruker og gjennom brukernes livsløp. Tiltaksnettverket skal ha oversikt over brukerens tiltakskjede, og sikre at tilbudet samsvarer med brukerens personlige mål og behov.

Behov for oppfølging endres ved overganger fra ulike hjelpeinstanser og omsorgssystem. I litteratur fra USA er koordinering av psykososialt arbeid omtalt som ”case management” (ibid, s.13). Metoden bygger på problemløsningsarbeid og er en metode for samarbeid, samordning og systematisk arbeid med enkeltsaker over tid.

Koordinering av psykososialt arbeid kan utføres av alle yrkesgrupper som i dag har et delansvar for pasienter i målgruppen (ibid).

2.2.1 Hva er en ansvarsgruppe?

”Ansvarsgruppe en metode for planlegging og koordinering av tiltak for brukere med særlig sammensatte problemstillinger. Gruppen består av hjelpere som har et forpliktende delansvar for oppfølgingen. Brukeren skal selvsagt være med på møtene. Som regel bør også familien være representert. Koordinator kaller inn og leder møtene, gjerne sammen med brukeren. Vanlig størrelse på gruppen er fra fire til seks personer, vanlig møtetid er fra en halv time til en time. I starten må gruppen avklare sitt mandat, og bli enig om en strategi og ansvarsfordeling for oppfølgingen. Senere blir møtene brukt til å gjennomgå brukerens situasjon og fordele oppgaver.”

(Veileder 2-2000, s.23)

Målsettingen med å etablere en ansvarsgruppe er å sørge for riktige og koordinerte tjenester, samt sørge for at pasienten kommer til med sine synspunkter og ønsker. Målgruppen er personer som har langvarige og sammensatte behov for tjenester.

”Ansvarsgruppene består av enkeltpersoner som har et forpliktende delansvar og som samles om en fells strategi (handlingsplan). Det dreier seg om en ”ad hoc” oppnevnt arbeidsgruppe som følger opp over tid, koordiner innsatsene og skaper kontinuerlig og bredspektret arbeid”

(Ogden I Godeseth, 1991, s.25)

Pasienten, eventuelt pårørende og de som er ansvarlig for tiltakene i Individuell Plan utgjør ansvarsgruppen. Hensikten med ansvarsgruppemøtene er å sikre jevn dialog mellom pasienten og de som har ansvar for tjenestene, sikre at tilbudene er koordinert, evaluere og eventuelt justere tiltakene i Individuell Plan (Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007, Godeseth, 1991).

2.2.2 Hva er individuell plan (IP)?

Individuell Plan (IP) er et verktøy/prosess for samarbeid mellom pasienten, pårørende og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Dokumentet beskriver tjenesten som skal gi målgruppen et sammenhengende og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Individuell Plan 2007). Målgruppen for IP er i stor grad sammenfallende med målgruppen for ansvarsgrupper, altså tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007). Planen gir ikke større rett til helse og sosiale tjenester enn det gis hjemler for i loven. Formålet med planen er å bidra til at bruker får et individuelt tilpasset tjenestetilbud. Bruker skal aktivt medvirke i utformingen, og planen skal inneholde en oversikt over brukers behov, ressurser og mål. Det skal fremkomme hvem som er fremdriftsansvarlig for planen, hvem som deltar i planarbeidet og hvem som er ansvarlig for oppfølging av de ulike tiltak (ibid). Det skal også foreligge samtykke, og evalueringsrutiner, tidsangivelse og samordning i planen. Planen skal brukes på en måte som er vurdert hensiktsmessig ut fra brukers individuelle behov, og det skal oppnevnes en koordinator som er ansvarlig for framdrift i planprosessen og

samordning av tiltakene (Individuell Plan 2007).

Planprosessen er en fortløpende prosess. Situasjon, behov og muligheter endrer seg kontinuerlig, og planen må oppdateres i samsvar med dette. Tiltakene må iverksettes og evalueres fortløpende. Dermed er kontakt med bruker sentral i oppfølgingen utover selve etablering av IP. Det anbefales fra ett til fire møter i måneden (Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007). IP er overordnet andre planer, men erstatter ikke detaljerte planer som beskriver tiltak i ulike etater. IP skal kun gi en kortfattet og samlet oversikt over det planlagte og pågående tverrfaglige behandlings- og utredningstilbudet pasienten får i de ulike etater eller enheter. Det skal sikres reell innflytelse og tilgang til all relevant informasjon. Pasienters rett til å få utarbeidet individuell plan er hjemlet i ulike lovverk. Beskrivelse av prosess og metode er beskrevet i ulike veiledere og rundskriv.⁵

Hvordan arbeidet i praksis kan gjennomføres er omtalt og beskrevet i ”Individuell plan for psykisk helse (voksne) – verktøy for planlegging og samhandling” utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2004, og veilederen Individuell Plan 2007 (Sosial- og helsedirektoratet). Verken kommunehelsetjenesteloven eller spesialisthelsetjenesteloven gir det ene forvaltningsnivå sterkere plikt enn det andre. Det er likevel gitt en anbefaling i veileder og rundskriv om at det er kommunalt nivå som bør inneha hovedansvaret for koordineringen siden det er dette nivået som i hovedsak forvalter tjenestene pasienten/brukeren får. Den etaten pasienten/brukeren henvender seg til først er ansvarlig for å igangsette arbeidet med å utarbeide IP og eventuelt opprette ansvarsgruppe (Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007).

⁵Pasientrettighetsloven § 2 - 5. (LOV-1999-07-02-63), Spesialisthelsetjenesteloven § 2 - 5. (LOV-1999-07-02-61) Psykisk helsevernloven § 4 - 1. (LOV-1999-07-02-62). Kommunehelsetjenesteloven § 6 – 2a. (individuell plan) (LOV- 1982-11-19-66) Sosialtjenesteloven § 4 - 3a. :Rett til Individuell plan (LOV-1991-12-13-81). Utfyllende regler for utarbeidelse av Individuell plan nedfelt i Forskrift om individuell plan (FOR-2004-12-23- 1837) og Individuell plan 2005 og 2007, (SHDIR- Sosial- og helsedirektoratet). (www.lovdata.no, www.shdir.no, www.statenshelsetilsyn.no)

2.2.3 Koordinatorens oppgaver

Koordinatoren skal sikre at individet det planlegges for får nødvendig informasjon og innflytelse underveis i prosessen. I følge bokmålsordboka⁶ kommer opprinnelsen av ordet koordinere fra latin, av ko-ordinare, som betyr ordne, samordne, få til å virke sammen. Metoden har fått stor utbredelse i andre land, og innebærer at en case-manager (koordinator) får tildelt ansvar for å koordinere tjenester for en eller flere pasienter over et lengre tidsrom.

Målet for koordineringen er å sikre tilgjengelighet og kontinuitet i tilbudene pasientene trenger og ønsker. Grunnlaget er et tillitsforhold mellom pasienten og koordinator. Koordinatoren skal oppleves som personlig støttende og en profesjonell hjelper. Han skal samarbeide med pasienten om felles mål (Veileder, 2-2000). Siden pasient og koordinator ofte trenger tid til å bli kjent for å oppnå den tryggheten og fortroligheten som er nødvendig er dette forholdet basert på langsiktighet og kontinuitet (Veileder, 2-2000, Bernler m.fl, 1999, Tveiten 2007). Det påpekes at regelmessige avtaler og en tydelig rollefordeling som hjelpesøker og hjelper er nødvendig for å oppnå dette (Veileder 2-2000).

Oppgavene som er tillagt koordinatorfunksjon er følgende:

Å etablere kontakt med bruker, kartlegge brukerens egne mål og behov for tiltak, utarbeide en plan for oppfølgingen og samordne planlagte tiltak samt å støtte pårørende i den grad bruker godtar/ønsker/tillater det. Brukeren skal medvirke i prosessen så langt det lar seg gjøre utifra egne evner, ønsker og forutsetninger (Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007).

Koordinator må ha oversikt over tjenesteapparatet, inneha kommunikative evner samt ha kunnskap om hvilke oppgaver som tillegges denne rollen (ibid). Hun trenger også kjennskap til mandatet koordinator har til å delegere oppgaver knyttet til

⁶www.dokpro.uio.no/ordboksoek.html.

gjennomføring av ansvarsgruppen. Eksempelvis å skrive referat, skrive innkallinger og sende ut disse, oppdatere IP sammen med bruker og ansvarsgruppen og innhente saker til ansvarsgruppemøter.

2.3 Samtykke og taushetsplikt

Det skal innhentes et skriftlig informert samtykke fra pasienten når en ansvarsgruppe opprettes og IP initieres. Skriftlig informert samtykke betyr at pasienten har fått; informasjon om hvilke opplysninger som skal utveksles, at han vet hvordan opplysningene brukes og konsekvensene av dette og er kjent med at det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig.⁷

Samtykke er et grunnprinsipp i loven. Virksomheter som ønsker å bruke personopplysninger må som hovedregel innhente samtykke før de starter behandlingen.⁸ Pasientrettighetslovens kapittel 4 stiller krav til samtykke. Dette skal være en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den opplysningene gjelder, om at hun eller han godtar behandling av opplysninger om seg selv. Samtykket skal også være informert. Den som skal registreres må få tilstrekkelig informasjon til å forstå hva samtykket gjelder og hvilke konsekvenser det kan få. Informasjonen til den registrerte skal minst omfatte: navn og adresse på den behandlingsansvarlige, hva opplysningene skal brukes til og hvem som kan få tilgang. Videre skal det informeres om frivillighet og informasjon som gjør den registrerte i stand til å bruke sine rettigheter etter personopplysningsloven på best mulig måte. Denne retten inneholder blant annet retten til å kreve innsyn, retting og sletting, og hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet eller oppbevart (Personopplysningsloven, 2000, kap.4). Samtykke skal være frivillig. Med det menes et samtykke som ikke er avgitt under tvang, verken fra den behandlingsansvarlige eller fra andre. Det er ikke alltid lett å se om samtykket er frivillig. Spørsmålet om samtykket er frivillig eller ikke må avgjøres konkret i det

⁷ Personopplysningsloven 2000, Kap 4.§ 28

⁸ Personopplysningsloven 2000, kap 2.§ 8, Pasientrettighetsloven 1999, kap. 4

enkelte tilfelle. Samtykket skal også være uttrykkelig. Personen som gir samtykke må foreta seg noe aktivt for å samtykke, som å skrive under på en samtykkeerklæring eller lignende. For pasienter uten samtykkekompetanse gjelder egne retningslinjer, hjemlet i Pasientrettighetsloven.⁹

2.4 Brukermedvirkning

En sentral bærebjelke i opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid er brukermedvirkning. Dette skal danne grunnlaget for alt arbeid innen psykisk helsevern (St.mld. nr. 25, 1996-97). Brukermedvirkning handler om at

"de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet"

(St.meld. Nr. 34, kap.7.3.8, s. 29)

Brukermedvirkning kan bety ulike grader av innflytelse (Sandbæk 2001). Den skal variere etter brukerens egne forutsetninger (Veileder 2-2000). Brukerens medvirkning kan være alt fra å uttrykke sine erfaringer eller meninger til i ytterste konsekvens å være så omfattende at beslutningsansvaret helt eller delvis ligger hos brukeren. Slettebø og Seim påpeker at det er viktig "å forsøke å se tjenestetilbudet ut fra brukerens interesse og synsvinkel" (Sandbæk, 2001, s. 131) "Brukermedvirkning må innebære at brukerne har innflytelse, hvis begrepet skal ha noen mening" (ibid). Andreassen (2005) fremhever betydningen av at brukermedvirkningen er reell. Utøver må påse at brukeren får innvirkning på egen IP og blir hørt i Ansvarsgruppen. Deltakelsen vil ellers være symbolsk og kunne oppleves som meningsløs (Andreassen, 2005, Antonovsky, 2000).

Rettigheten reguleres av Pasientrettighetsloven (1999). Utarbeidelsen av IP og oppretteles og drift av ansvarsgruppe forutsetter høyest mulig grad av brukermedvirkning.¹⁰

⁹ Pasientrettighetsloven 1999, § 4.6.

¹⁰ Pasientrettighetsloven 1999, Lov om sosiale tjenester 1991, Veileder 15-1502

En reell brukermedvirkning forutsetter fokus på system- og individnivå parallelt. Et systemnivå inkluderer her organisasjoner og nærmiljø, der fagutøverne og brukerrepresentantene blir sett på som en del av systemet. Et individnivå omfatter de aktørene som deltar i en slik samhandling; brukerne og de profesjonelle.

Brukermedvirkning hviler på respekt og verdsetting av brukerkunnskap. Den er avhengig av en kultur i tjenestene der samarbeid med brukerne er ønsket (Veileder 15-1502). Veilederen fremhever at forutsetningen for et godt IP –arbeid er avhengig av reell brukermedvirkning. Den anbefaler felles opplæring på tvers av nivåene og god relasjon mellom bruker og koordinator. Tid som ressurs blir også nevnt eksplisitt som en forutsetning for at IP ikke skal bli liggende i en skuff, men få faktisk betydning i brukerens liv (Bernler, m.fl, 1999). Det å få til reell brukermedvirkning, samt få til vellykket IP-arbeid blir fremhevet som et ledelsesansvar (Veileder 15-1502). Det anbefales derfor at det satses på opplæring av ansatte og brukere i planarbeidet for IP, samt evaluere effekten av dette. Det eksisterer opplæringsprogrammer for IP, og disse bør videreutvikles heter det i veilederen (ibid).

Flere lovverk regulerer tjenestene disse pasientene er avhengig av i det daglige; Lov om trygderettigheter, Lov om sosiale tjenester, Lov om psykisk helsevern, Lov om kommunal helsehjelp, Opplæringsloven, Forvaltningsloven, Barnevernloven, Barneloven og Arbeidsmiljøloven for å nevne noen.¹¹ Noen vil være aktive samtidig, og noen alternerende eller i perioder. Systemkunnskap er en kompetanse som blir mer og mer viktig i et samfunn som fragmenterer tjenestetilbudene.¹² Det er nærliggende å tro at dette skjer for å klare å forvalte alle individuelle rettigheter og oppgaver som blir pålagt kommunene og de andre forvaltningsnivåene

¹¹ (www.lovdata.no).

¹²Rapport fra Helsetilsynet 3-2003, "Et stykkevis og delt helsetilbud?" Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester. (Helsetilsynet – tilsyn med sosial og helse)

2.5 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Sykdom er et begrep som alle i vårt samfunn har et forhold til. Å lete etter faktorer som gjør at en blir syk er det lange tradisjoner for i dagens samfunn. Dette kalles patogenese. Faktorer som kan fremme helse og er med på å holde oss friske kalles salutogenese (Antonovsky, 2000). Antonovsky formidler et syn på helse som et kontinuum, eller en linje, der optimalt velvære og det totale sammenbrudd er ytterpunktene. Patogenese betegner den negative siden, og salutogenese den positive.

Individet vil til en hver tid befinne seg et sted mellom ytterpunktene, avhengig av hvordan en mestrer sin livssituasjon. Hvor en befinner seg, varierer med stressbelastninger og spenninger. Stress og spenninger er noe som er til stede til en hver tid, men mange mennesker med høy stressbelastning klarer seg likevel godt.

Hvordan spenning (stressorer) håndteres, eller hvilke motstandsressurser en har tilgjengelig er i følge Antonovsky sentralt. Samspillet mellom motstandsressurser og stressorer bestemmer hvor på helsekontinuumet en er til en hver tid. Et individ med høy grad av motstandsressurser vil oppleve en høyere grad av mestring.

Motstandsressursene fungerer som moderator, og er en del av fortolkningsapparatet individet har til rådighet. Motstandsressurser kan være alt fra materielle ressurser (for eksempel økonomi, bolig), til kognitive og emosjonelle (for eksempel kompetanse og intelligens), verdier og holdninger, interpersonlige, relasjonelle eller makrososiokulturelle (for eksempel velferdsordninger). Felles for motstandsressursene er at de gjør det mulig å sette de utallige stressfaktorene en møter inn i en sammenheng som kan oppleves meningsfull (Antonovsky, 2000., Antonovsky, 1979). Graden av tilgjengelige motstandsressurser varierer selvsagt fra individ til individ.

Motstandsressursene er potensielle ressurser og vil kunne aktiviseres ved riktig stimuli – en koordinatorrolle i psykososialt arbeid der utøver har en rimelig grad av kompetanse på området vil kunne være en slik stimuli:

”opplevelsen av sammenheng er en global innstilling, der uttrykker den udstrækning , i hvilken man har en gjennomgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillit til , at de(1)stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til ad klare de krav , disse stilmuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, der er værd at engagere sig i.”

(Antonovsky, 2000, s. 37)

En sterk opplevelse av sammenheng vil føre med seg at en forventer at en stort sett vil klare å se for seg hvilke utfordringer en vil møte i fremtiden. Dersom overraskelser oppstår vil en kunne klare å sette disse inn i en sammenheng og finne en forklaring. En opplevelse av å være i stand til å håndtere utfordringer vil være resultatet (Antonovsky, 2000). Individet vil være ”besluttet på å finne en mening med den og gjør sit bedste for værdigt at klare sig igennem den” Antonovsky, 2000, s. 37)

Sammenfattet kan det sies at opplevelsen av sammenheng og meningsfullhet styrkes av relevant kompetanse, gjentagende arbeidserfaringer og opplevelser som er adekvat for utøvers arbeidsoppgaver.

2.6 Mestring

Når arbeidstakere mestrer sine arbeidsoppgaver, og forstår systemet rundt, demper dette opplevelsen av manglende kontroll. Det gir en mindre grad av risiko for utbrenthet og slitasje. En får også en sterkere følelse av at ting henger sammen (Antonovsky, 2000). Ved siden av Antonovsky er Lazarus en sentral teoretiker i forhold til stress og mestring (Lazarus, 2006). Lazarus hevder at ”stress henger sammen med en utilfredsstillende livssituasjon, som personen ønsker at ændre og fordi mestring for at være virkningsfuld envidere må være fleksibel i forhold til forandrede relationelle krav” (Lazarus, 2006. s, 130). Videre presenterer han tre ulike former for stress: Utfordringer, skade/tap og trussel. Ved skade/tap har skaden eller

opplevelse av tap allerede inntruffet. Trussel er tilstanden der skade eller tap ennå ikke har inntruffet, men det er sannsynlig eller mulig at det vil gjøre det i nærmeste fremtid (Lazarus, 2006, s.99).

Utfordring benevner tilstanden der en bestemt gevinst er forbundet med vanskeligheter, men at målet kan nås ved hjelp av iherdighet og selvtillit. Hver av disse stressformene håndteres ulikt og har forskjellig psykofysiologisk og prestasjonsrelaterte konsekvenser (Lazarus, 2006). I forhold til problemstillingen min er stress knyttet til utfordring interessant. Så lenge utøver opplever at utfordringene i ansvarsgruppearbeid er overkommelige, vil dette kunne være en motivasjonsfaktor. Dersom utfordringene i det daglige blir så store at de oppleves som en trussel vil manglende mestringsopplevelse og opplevelse av sammenheng og meningsfullhet kunne ta over og føre til utbrenthet og mismot.

2.7 Empowerment/ myndiggjøring

Empowerment kan defineres som:

” en psykologisk prosess hvor det skjer en maktoverføring på individ – og/eller systemnivå fra mennesker som har makt og innflytelse til mennesker som opplever manglende kontroll over sentrale faktorer i sitt liv, slik at sistnevnte gjennom erkjennelsen av egne ressurser og muligheter blir gjort i stand til å få kontroll over de faktorene som de opplever som viktige for dem, og som gir dem muligheten til å mestre sine liv og sine omgivelser”

(Stang, s.24)

Empowerment oversettes også som myndiggjøring når fenomenet omtales i norsk litteratur (Ekeland og Heggen, 2007). Som fenomen og metode illustrerer empowerment/myndiggjøring den dreiningen fra problemfokusering til mulighetsfokusering som er beskrevet i Pasientrettighetsloven.¹³ Liv Lassen omtaler denne dreiningen som et paradigmeskifte innen rådgivning (Befring, 1998). Brukeren skal være en deltaker og ikke en mottaker (Tveiten, 2007, s.24) Dette stiller nye krav

¹³ Pasientrettighetsloven, 2001

til utøvere da empowerment stiller krav til ”omfordeling av makt, fra fagfolk til bruker” (ibid, s. 24). På individnivå handler det om å mobilisere og styrke individets egne krefter, samt å nøytralisere krefter som kan fremme avmakt (Ekeland og Heggen, 2007, Tveiten, 2007). Dette er nødvendig for bruker, men også den som skal hjelpe. I NOU:18 ”Det er bruk for alle” (1998) heter det at dersom mennesker over tid har befunnet seg i særlig krevende situasjoner, føler seg maktesløse og opplever mangel på kontroll, er de mer utsatt for sykdom. Videre heter det at empowerment ”retter seg mot denne mangel på kontroll ved å fremme deltakelse i lokalsamfunnet, og i sosiale nettverk, og ved å fremme en tro hos folk at de kan kontrollere sin verden” (NOU:18 ”Det er bruk for alle”, 1998, s. 449). Dette er i samsvar med Antonovskys teori om meningsfullhet og opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2000). Empowerment/myndiggjøring kan derfor ses som et overbyggende teoretisk perspektiv som legger grunnlaget for psykososialt arbeid.

Thomas Nordahl sier at ”Myndiggjøring framstår i dag som det begrepet som best ivaretar troen på brukerens potensial og mulighet for medvirkning” (Sanbæk, 2001, s. 247).

I følge NOU 1998:18 ”Det er bruk for alle” beskrives empowerment slik:

”Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som for den ikke-profesjonelle, og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi. Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre eller påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring”

(NOU 1998: 18, s. 274)

Myndiggjøring har som nevnt sitt utgangspunkt i et humanistisk menneskesyn, som også Paulo Freires migrasjonspedagogikk har (Freire, 1974). Frigjøring og myndiggjøring har mye til felles. Freire var overbevist om at:

”ethvert menneske uansett hvor ”uvitende” (..) det måtte være, er i stand til å betrakte sin tilværelse kritisk i møte med andre basert på dialog. Utstyrt med de riktige redskaper for et slikt møte kan det gradvis bli klar over sin personlige og sosiale virkelighet så vel som de motsetningsforhold det rommer, bli bevisst sin egen opplevelse av denne virkeligheten, og behandle den kritisk. I denne prosessen når man utover det gamle paternalistiske lærer-elev-forholdet (..) Menneskets vinner tilbake sin rett til å si sin mening, til å gi tilværelsen navn”

(Schull, I Freire, 1974, s.10)

Jeg tolker dette som en myndiggjørende prosess. Satt inn i denne studiens sammenheng fordrer prosessen at utøver legger til rette for en aktiv brukerdeltakelse slik psykososialt arbeid krever (Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007). Dersom verktøyene blir brukt riktig kan de være redskapet som gradvis setter brukeren i stand til å delta i planlegging og evaluering av egen behandling og tjenestetilbud (ibid). For at utøver skal klare det må hun blant annet bruke tid på å få brukeren aktivt med i prosessen (Sanbæk, 2001,s. 247). Dette fordrer en kultur i virksomhetene som gir rom for dette. Empowerment er derfor også et spørsmål om å myndiggjøre hjelperne som arbeider nærmest brukeren (Veileder 15-1332, s. 44).

2.8 Ledelse

Arbeidsmiljøloven stiller krav til at arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstaker får;

”tilstrekkelig informasjon og opplæring slik at arbeidstaker er i stand til å utføre arbeidet når det skjer endringer som berører vedkommendes arbeidssituasjon” (Arbeidsmiljøloven §4-2 e)

Sosial og helsedirektoratet har gitt ut en veileder for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial og helsetjenesten. Veilederen er basert på praksisfeltets

anbefalinger.¹⁴ Veilederen retter seg mot ledere, utøvere og brukere. Veilederen sier at ”ledere har sterk innvirkning på det praktiske kvalitetsarbeidet i sin organisasjon”, og den påpeker at leders ansvar omfatter å sikre sammenhengende tiltakskjeder mellom ulike tjenester og på tvers av nivåer (Veileder 15-1502, s.15). Ledere i virksomheter som lykkes innehar egenskaper som entusiasme, empati, åpenhet og integritet. De er opptatt av helhet og samhandling, og de legger til rette ”for forbedring av prosesser på tvers av tjenestene, ikke bare innad i egen virksomhet” (Veileder 15-1502, s.16).

Dette tolker jeg som at en leder i en virksomhet som har medarbeidere som koordinerer psykososialt arbeid skal legge tilrette og sørge for relevant opplæring, og kontinuerlig forbedringsarbeid i forhold til dette. Arbeidsmiljøloven (2005) pålegger også arbeidstakerne å medvirke i nødvendig utviklingsarbeid. Dermed må dette nødvendigvis bli en prosess mellom arbeidstakere og leder der leder fatter nødvendige beslutninger basert på en helhetlig vurdering (Arbeidsmiljøloven 2005, Norhaug m.fl 1990). I veilederen heter det at ”det påhviler (..) utøverne et selvstendig ansvar for å utvikle sin evne til å møte brukeren på en empatisk og respektfull måte” (Veileder 15-1502, s. 29). Utøverne må også ha evne til å stille spørsmål ved vedtatte sannheter, og vite hvordan de skal gjennomføre forbedringer innenfor egne rammer og mandat. Veilederen understreker at forutsetningen for dette er at de får nødvendig opplæring (Veileder 15-1502).

Jeg har valgt å ta med noen av de spesifikke faktorene denne veilederen fremhever, og som jeg vurderer som særlig relevante for min problemstilling.

Den første er at ”En leder skal innføre gode styringssystemer (inkludert IT) for samhandling, forbedring og kunnskapshåndtering.” (Veileder 15-1502, s.18)

¹⁴ Veileder 15 – 1502 ”og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten”, Sosial- og helsedirektoratet, Oktober 2007

Siden innkallinger til ansvarsgrupper, referatskriving og saksliste til møtet, samt IP er godt egnet til å utformes og lagres på data, har jeg lagt vekt på dette i undersøkelsen. Registrering av at en bruker har IP og ansvarsgruppe kan også være nyttig. Det vil da lette overlevering av koordineringsansvar og ved overtakelse av en sak kan saksbehandler fort se om det er en aktiv ansvarsgruppe rundt tjenstemottakeren. Veilederen hevder at dårlige IT systemer ofte er flaskehalser i et forbedringsarbeid, og at leder må satse offensivt på IT. Datasystemene må være kompatible slik at de kan brukes til å samordne og koordinere tjenestetilbudet til brukerne (Veileder 15-1502).

En leder skal også i følge veilederen sikre riktig kompetanse hos utøveren. Slik kompetanseheving kan være hospitering, veiledet opplæring, og/eller et to dagers kursopplegg om IP, og ansvarsgruppearbeid (Individuell Plan 2007, Veileder 15-1502).

Veilederen fremhever videre at ”bruker skal involveres og gis reell innflytelse i egen sak og i organisering og drift av tjenestene generelt. Dette er en bærebjelke i Nasjonal helseplan og de styrende dokumenter for sosialtjenesten (..) De må høres, deres kunnskap må anerkjennes, og deres valg må ha betydning” (Veileder 15-1502, s. 23).

Dersom kunnskap mangler hos noen av deltakerne i en ansvarsgruppe, eller ved anvendelse av IP kan deltakerne miste av syne meningen med disse verktøyene. Å ikke mestre å samhandle med bruker vil kunne gi utøver en opplevelse av utilstrekkelighet. Bruker vil kunne oppleve at tjenestene blir uoversiktlig, og at det er bortkastet tid. Ansvarsgruppen kan mangle innkalling, referater og evalueringer for å nevne noen av konsekvensene som kan oppstå. Det påhviler dermed både leder og utøver å bestrebe å nå en høyest mulig brukermedvirkning.

3.0. Forskningsmetode

I dette kapitlet vil jeg beskrive den valgte metoden, gjøre rede for prosessen og de vurderinger som ble gjort før intervjuene. Jeg beskriver utvalget av informanter og hvordan disse ble valgt ut og kontaktet. Videre er det en redegjørelse for hvordan jeg har gjennomført intervjuene, en beskrivelse av utfordringer jeg møtte på veien, hvilke vurderinger jeg foretok og hvilke løsninger jeg valgte. Mot slutten av kapitlet gjør jeg rede for hvordan analysen er foretatt, og metodebruk i forhold til denne delen av undersøkelsen. Til slutt ser jeg på egen rolle, drøfter validitet og reliabilitet, etiske forhold og materialets gyldighet. Dette gjør jeg for å vurdere om resultatet kan ha bredere anvendelse enn kun for utvalget.

3.1 Valg av metode

Jeg hadde som mål å finne ut hva individer i de ulike etatene tenkte rundt det tverretatlige samarbeidet, og hvordan det fungerte i bydel sett fra deres ståsted.

Siden jeg ikke kjente de andre etatenes utfordringer, fant jeg det ikke metodemessig forsvarlig å styre prosessen med for mange spørsmål og spørreskjema. Kvalitative metoder gir mulighet til å gå i dybden på et fenomen, og bygger på hermeneutisk tradisjon. Hermeneutikk er en tolkningsprosess og en tilnærming der en må være bevisst egen forforståelse. En må se på helhet, bryte denne ned i deler, og sette delene sammen til ny helhet (Kvale, 97). Jeg går nærmere inn på hvilken rolle dette har i min undersøkelse under analysekapitlet og i kapitlene "Forforståelse" og "Min rolle".

Hermeneutikken har et fenomenologisk utgangspunkt; å studere verden slik mennesket opplever den, å ha en bevisst rettethet mot informantenes opplevelse. (Kvale, 97). Dette ligger som et styrende prinsipp i undersøkelsen min, og nysgjerrigheten som hermeneutikken åpner for er styrende for videre valg av metode. Jeg ville ha fram informantenes opplevelse av hvordan det tverretatlige samarbeidet fungerte, og det var informantenes subjektive opplevelse jeg var ute etter.

Informantene mine ble valgt på bakgrunn av at jeg mente de satt inne med kunnskap, informasjon og erfaring som ville belyse temaet mitt.

3.2 Avgrensning av valg og metode

Jeg ønsket ikke for mange intervjuer da kvalitative intervjuer er svært tidkrevende å analysere og tidsfaktoren i masterløpet er et knapt gode. Samtidig ville jeg ha flest mulig etater/informanter med i undersøkelsen, og en mest mulig fri samtale innenfor de rammene temaene mine ga. Det var derfor viktig å finne en egnet metode som dekket dette behovet. Jeg valgte fokusgrupper som gir rom for de metodemessige behovene jeg hadde (Halkier, 2002, s. 12-13). Som grunnlag for fokusgruppe er det hensiktsmessig å utarbeide en semistrukturert intervjuguide for på forhånd å ha tenkt igjennom hva fokusgruppen skal reflektere rundt. Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av egne erfaringer fra tidligere, og gjeldende rundskriv, veiledere og lovverk.¹⁵

3.2.1 Fokusgrupper

Jeg ønsket å undersøke hvordan samarbeidet mellom ulike etater fungerte, om det kunne gjøres bedre og eventuelt hva som kan gjøres bedre. Jeg kjente ikke etatene fra innsiden og ønsket derfor å finne en metode som var dynamisk der informantene kunne reflektere rundt systemtekniske og menneskelige relasjoner.

Fokusgruppeintervju er godt egnet til dette formålet (Halkier, 2002). Jeg ønsket å få frem ulike perspektiv, meninger og opplevelser. Dermed var kvalitativ metode den best egnede (Holter og Kalleberg, 1996). Det er et uttall kvalitative metoder å velge mellom, og valget falt på fokusgrupper.

David L Morgan sier i sin bok “The focus group guide book” at fokusgrupper er den fundamentale måten å lytte til mennesker, og lære fra dem. Han sier videre at det er en

¹⁵ Veileder 15-1502, Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007, Pasientrettighetsloven LOV-1999-07-02-63, Psykisk helsevernloven LOV-1999-07-02-62, Kommunehelsetjenesteloven LOV- 1982-11-19-66, Sosialtjenesteloven § 4 - 3a. Rett til Individuell plan LOV-1991-12-13-81, Forskrift om individuell plan. FOR-2004-12-23- 1837, Veileder til forskrifter om individuell plan for psykisk helse (voksne)” utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2004 (IS1253) (www.lovdata.no, www.shdir.no, www.statenshelsetilsyn.no)

tredeleddet prosess der selve fokusgruppens samtale bare er en del av kommunikasjonsprosessen:

“(1) The research team members decide what they need to hear from the participants; (2) the focus groups create a conversation among the participants around these chosen topics; and (3) members of the research team summarize what they have learned from the participants.”

(Morgan, 1998, s. 9)

I denne metoden er det som forsker viktig å ikke kontrollere og styre prosessen for mye etter en har gitt gruppen et tema å drøfte. Morgan sier at det er viktig å huske at ”it`s *your* focus, but it`s *their* group” (Morgan, 1998, s.10). Det viktigste for meg var å få inn data om et emne som jeg ikke kjente nok til på bydelsnivå. Dermed dekket fokusgruppe det viktigste elementet i min oppgave. Hvordan kommer jeg nærmere inn på i neste punkt.

3.2.2 Når kan/bør en bruke fokusgrupper?

En fokusgruppe genererer en rik forståelse av deltakernes erfaringer og overbevisninger (Morgan, 1998). Den kvalitative forskningsmetode er særlig nyttig i forhold til å eksplorere og avdekke, noe som er sentralt i forhold til problemstillingen min (Morgan, 1998). Jeg ønsket å få frem informantenes mening om tverrfaglig/etatlig samarbeid. Jeg ville ha frem både det bevisste og det ubevisste, og jeg ønsket å se hva som kunne/ville komme frem i interaksjonen mellom informantene i gruppen når de fikk kjennskap til de andres utfordringer og rammer. Videre er metoden god å bruke selv om forskeren ikke kan så mye om temaet. Dette er et viktig element siden jeg beveger meg inn på lovverk og etater som jeg ikke kjenner så godt (Halkier, 2002, Morgan, 1998, s.12). Fokusgrupper egner seg godt til dette formålet (Morgan, 1998).

Et annet argument for at denne metoden kunne fungere var at jeg ikke kjente etatenes indre liv og hva deres utfordringer var i møte med brukere. Å stille de rette spørsmålene ventet jeg derfor kunne bli vanskelig, og i fokusgrupper er det selve samtalen som genererer data (Morgan, 1998). Det som skjer der og da driver

samtalen fremover, og metoden åpner for at jeg som intervjuer kan si hvilket tema jeg ønsker at gruppen skal diskutere, og slippe diskusjonen løs. Bruk av modererende teknikker kommer jeg inn på i kap 3.5., ”Gjennomføring av Intervju”. Jeg drøfter også dette under kapitlene ”Metodekritikk” og ”Etikk og validitet”.

3.3 Kvalitativ forskning, og grunngivning for valg av metode

Jeg har valgt kvalitativ, induktiv metode da undersøkelsen min er et case- studie; jeg studerer tverretattlig samarbeid ved å bruke fokusgrupper som datainnsamlingsmetode (Holter og Kalleberg, 1996, Morgan, 1998, Halkier, 2002). Jeg bruker gruppesamtale til daglig i jobben min, og dette er en viktig erfaring jeg mente å kunne nyttegjøre i oppgaven. Ukentlig leder jeg grupper gjennom strukturerte og ikke-strukturerte samtaler. Moderering av temaorientert samtale i gruppe har jeg dermed erfaring fra.

3.4 Uvalgskriterier

- Utvalget skulle bestå av ansatte med *ulik utdanning* og *ulik kompetanse* og ha høyskole eller universitetsbakgrunn
- Ulike etater innen samme sektor/bydel. Dekke samme pasientgrunnlag.
- Informantene skulle komme fra ulike etater
- Ulik fartstid på egen arbeidsplass
- Ha vært koordinator for flere ansvarsgrupper
- Skal ikke komme fra spesialisthelsetjenesten.

I etterkant vurderer jeg disse kriteriene som oppfylt. Alle informantene hadde høyskoleutdanning og var ansatt i offentlig sektor på 1.linje- nivå med ulik fartstid. To var fra samme etat. Alle tre hadde vært koordinator i flere ansvarsgrupper, men med ulikt ståsted og mandat. Informantene fra samme etat var mer direkte involvert i det psykososiale arbeidet over tid, mens den siste var igangsetter med ansvar for å utnevne koordinator i oppstartsfasen. De hadde god kjennskap til ansvarsgruppearbeid og IP. En av informantene deltok aktivt i oppstartsfasen av ansvarsgrupper, for så å

trekke seg ut etter hvert. Hun sørget også for å initiere IP arbeid. De to andre deltok aktivt i ansvarsgruppearbeid og utarbeidelse av IP. I tillegg var alle tre involvert i den interne opplæringen i psykososialt arbeid på egen arbeidsplass. En av informantene hadde også noe systemmessig ansvar for slik kompetanseheving i bydelen.

3.4.1 Utvalg av informanter

Jeg skrev liste over aktuelle etater og stillinger som kunne dekke kriteriene mine. Deretter tok jeg kontakt med lederne til de respektive etatene og spurte om de kunne tenke seg å stille med informanter. Jeg gjorde rede for kriteriene, og understreket at det var viktig at de som ble valgt oppfylte disse. To etater sa ja til å delta. De andre takket nei. NAV Arbeid og NAV Trygd var klare på at de ikke så relevansen med å delta i en undersøkelse som omhandlet min problemstilling. Enda en etat sa ja til å delta, men jeg valgte å vente med denne informanten for å kunne sette sammen den planlagte gruppe nr to som det viste seg umulig å gjennomføre.

Den ene etaten var en noe overordnet etat som har oversikt over store deler av tjenesteapparatet i bydelen. Informanten derfra hadde god oversikt over bydelens brukere, og deres behov for oppfølging i kraft av sin stilling og erfaring. Informanten har lang erfaring, og er en meget kompetent fagperson. Jeg kjente vedkommende litt fra tidligere samarbeid i enkelte pasientsaker, men jeg hadde ikke hatt kontakt med vedkommende over en tidsperiode på noen måneder, og har heller ikke hatt det siden.

Den andre etaten var sentral på utfører og saksbehandlernivå, og stilte med to informanter. Jeg avtalte tid og sted med lederen til de to og visste derfor ikke hvem som kom før de møtte til intervjuet. Begge disse viste seg å ha lang og bred erfaring på feltet, og var rådgivere for utøvere internt og eksternt innen et tilleggsfelt tillagt etaten. Dette feltet viste seg å være svært relevant for min problemstilling.

Kompetanse-kravene til de to stillingene var videreutdanning innen dette tilleggsfeltet.

3.5 Gjennomføring av intervjuet

Dalen understreker betydningen av å skape en god atmosfære rundt intervjusettingen for å få best mulig data (Dalen, 2004). Dette la jeg vekt på gjennom å tilstrebe å skape en hyggelig atmosfære rundt intervjusituasjonen. Intervjuet ble derfor gjennomført i et møterom på min arbeidsplass en fredag etter lunsj. Jeg serverte kaffe og kjeks.

Introduksjonen var en svært kort presentasjon av navn da alle kjente hverandre bortsett fra undertegnede. Jeg brukte diktafon for å kvalitetssikre datamaterialet mitt, og satte den i gang tidlig slik at småprattingen ikke skulle bli avbrutt. Dette for å få en god stemning. Før selve intervjuet informerte jeg også om relevante praktiske og juridiske tema, som for eksempel taushetsplikt, mulighet til å trekke seg/slette utsagn og anonymitet. Jeg presenterte problemstillingen min, og fikk spurt om alle tema i intervjuguiden. Alle spørsmålene var formulert på forhånd, men jeg tilpasset dem noe til en mer muntlig passende stil. På slutten informerte jeg om at det ferdig transkriberte intervjuet ville bli sendt til dem på mail for gjennomlesning og godkjenning. Intervjuet tok 1,5 time.

3.5.1. Min rolle

Jeg ledet intervjuet, og gjennomførte det på egen arbeidsplass. I intervjuet la jeg vekt på å si så lite som mulig, utover å stille spørsmålene fra intervjuguiden. Jeg benyttet blant annet teknikker som aktiv lytting, oppfølgingsspørsmål og å legge frem påstander som informantene drøftet. Ved to anledninger kom jeg med en personlig betraktning som kan ha forkortet refleksjonen rundt gjeldende tema. Temaet var taushetsplikt. Ved et par anledninger stilte jeg oppfølgingsspørsmål for å få informantene tilbake til tema siden de snakket om emner som var noe på siden av min problemstilling. Utover dette mener jeg at intervjuet gikk bra, jeg fikk god respons på mine spørsmål og fikk svar på de spørsmålene jeg ønsket.

3.6 Godkjenning av datamaterialet

Godkjenning av datamaterialet fra informantene ble gjennomført via mail.

Dokumentet inneholdt da utvalgte sitat relevante for min problemstilling. Jeg ringte til en av informantene som har sluttet i sin stilling for å sikre at jeg hadde rett adresse.

Jeg ba informantene lese igjennom intervjuet og gi tilbakemelding dersom noe var gjengitt uriktig. Jeg fikk en forespørsel som omhandlet anonymisering. Jeg gjorde da rede for hvordan dette var tenkt, og rettet ekstra fokus mot dette ved

gjennomlesningene av oppgaven. Jeg ba også veileder om å fokusere ekstra på dette for å forsikre meg om at anonymiseringen var ivaretatt godt nok.

3.7 Analysemetode

Den metoden jeg valgte visste jeg kunne generere mye data (Morgan, 1998, s.33).

Opptaket av intervjuet var av god kvalitet, og intervjuet ble transkribert helt ordrett fra båndet. Deretter ble det omskrevet til en mer muntlig og leservennlig stil. Denne reduksjonen av rådata var vanskelig, og jeg gjorde så små endringer som mulig (Halkier, 2002). Kvale påpeker betydningen av selv å gjennomføre transkribering av rådata og utføre datareduksjon. Ellers kan en risikere å miste informasjon (Dalen, 2004). Intervjuet ble deretter gjennomlest i sin helhet flere ganger. Dette er nødvendig for å få en følelse av helheten i materialet (Kvale, 1997). Alle sitat som ikke kunne settes i sammenheng med min problemstilling ble deretter sortert ut. Dette gjaldt for eksempel uttalelser om hvor pasienter uten fast bopel ofte bor, og hva en kan gjøre for å øke boevne. Dette var ikke relevant for min problemstilling.

Grovinndelingen av intervjuet foregikk i flere faser. Analysen av datamaterialet gikk innledningsvis på å vurdere hva som var vesentlig sett i lys av problemstillingen. Jeg plukket ut sitat som hadde felles tema, og satte disse sammen. Analysen ble også strukturert ut fra temaene i intervjuguiden og øvrige kategorier som naturlig utkrystalliserte seg i analyseprosessen. Dalen kaller denne prosessen tematisering (Dalen, 2004). Kategoriene trådte frem fra uttalelser som var mulig å kategorisere og sortere i ulike tema utover de jeg hadde forventet å finne på forhånd. Noen kategorier fikk større betydning enn forventet. Leders rolle ble mer betydningsfull, og IT-

løsninger og fastlegens rolle ble også mer omfattende enn jeg hadde trodd. Flere av sitatene passet i flere kategorier, og jeg satte derfor samme sitat under flere tema.

Jeg jobbet meg gradvis inn i stoffet over lang tid. Materialet har blitt lagt bort, for så å bli tatt frem og analysert på nytt. Jeg fant ulike vinklinger hver gang jeg tok det frem, selv om det etter hvert var snakk om små nyanser. Dalen påpeker betydningen av å ikke ”*låse seg fast i kategoriene*” (Dalen, 2004, s.79), og å være åpen for å oppdage nye ting i materialet gjennom hele prosessen. Jeg har tilstrebet å ha en slik tilnærming til mitt materiale.

At analysen ble gjennomført over tid har gjort at jeg har funnet vinklinger jeg i utgangspunktet ikke hadde tenkt på. Et eksempel på dette er deler av kapittelet om ”Fastlegens rolle” der den antatte mangelen på kompetanse om fastlegens ansvar for psykisk helse fremkommer. Dette kunne fort ha blitt oversett dersom jeg ikke hadde vært sensitiv nok. Denne tilnærmingen resulterte også i at jeg blant annet fant det Dalen omtaler som ”kontraster” (ibid, s.85). Forskjellene kom tydeligere frem når jeg tok i bruk denne innfallsvinkelen mot materialet. Et eksempel er utarbeiding av IP. Den ene etaten hadde tatt i bruk felles maler med lokalsykehuset, mens den andre strevde med at hver enkelt saksbehandler måtte ta beslutninger på hvordan IP skulle formuleres uten retningslinjer internt.

Arbeidet med å gå fra hele intervjuet til grovinndelingen, tilbake til hele materialet og til nye deler var omfattende og tidkrevende. Jeg endte opp med mange tema, og valgte de som jeg mente var de mest sentrale sett opp i mot problemstillingen. Blant annet forkastet jeg ”Taushetsplikt” og ”Initiering av IP og ansvarsgrupper” som egne kategorier da disse hadde et mindre datagrunnlag enn andre kategorier. Jeg samlet flere av de små temaene i større kategorier for at utfordringene skulle kunne ses i sammenheng med hverandre. Noen kunne ikke sambehandles, og de ble stående alene. Noen sider ved sitatene som ble satt sammen i slike samlekategorier inneholdt enkelte sitat som fremhevet essensen i materialet. Disse uthevet jeg, og satte øverst i hver kategori. På den måten ble hovedsitater fremhevet. Sitater som ikke hadde meningsbærende element i seg ble slettet fra arbeidsdokumentene. Deretter så jeg på

sitatene opp mot teori, og skrev inn stikkord som jeg mente var særlig relevante. På den måten dannet jeg et rammeverk. Jeg gikk flere ganger tilbake til det originale intervjuet og så om det nå var noe jeg kunne hente ut derfra som passet sammen med det jeg hadde trukket ut som hovedtrekkene i datagrunnlaget. Mot slutten av prosessen fant jeg ikke flere slike, og fant dermed å ha fått ut de data jeg kunne se var relevant for min problemstilling.

3.8 Validitet og etikk

Det er ikke mulig i følge litteratur å trekke generelle, allmenngyldige slutninger ut fra en single case i kvalitativ forskning. Det en likevel kan gjøre er å trekke en analytisk generalisering som er gyldig i forhold til det jeg har undersøkt, og som er etterprøvable (Kvale, 97). Dette resultatet står inntil en ny forskning svekker, eller gjør at jeg må forkaste min teori. En grundig databehandling og dokumentasjon som Dalen i sin bok *”Intervju som forskningsmetode”* kaller ”en tykk beskrivelse” av rådata, vil gi mulighet for å vurdere mine resultat (Dalen, 2004, s 65). En vil aldri kunne gjenskape den samme gruppen, på samme tid og sted. Noen informanter/fagpersoner kan ha sluttet i sin stilling, de kan mene noe annet i re-undersøkelsen, tiden har gått og samfunnet er endret. Likevel er målet mitt at det skal være mulig å rekonstruere undersøkelsen min på bakgrunn av min beskrivelse i rapporten og mitt råmateriale (Dalen, 2004). I forhold til validitet og etikk ser jeg også at det kan være fare for at informantene kan ha holdt tilbake meninger, og sagt mindre klart hva de mener på grunn av datainnsamlingsmetoden. Dette har jeg tilstrebet å forhindre ved å legge til rette for en hyggelig og trygg ramme rundt intervjuet, og gi informantene tid til å venne seg til situasjonen før jeg begynte å stille spørsmål. Jeg kan ikke se at noen av informantene fremsto som usikre eller forknytt. Snarere tvert i mot. De var engasjerte og mentalt tilstede under hele intervjuet etter min vurdering.

Frivillighet opplyste jeg om ved oppmøte, at de når som helst kunne trekke seg. Dette må gjøres for å styrke validiteten. I forhold til oppbevaring av data, har jeg valgt å oppbevare dette i låst arkiv på arbeidsplassen min. Konfidensialitet er viktig, og

nødvendig. Alle rådata og navn vil bli slettet og makulert etter sensur (Dalen, 2004, Halkier, 2002).

Andre element som kan svekke studiens validitet kan være ulikt begrepsapparat. Eksempelvis er tvang i psykiatri noe annet enn tvang i barnevern. Tvangsbegrepet i ulike *deler* av psykiatrien er også ulikt. Siden ett av emnene innledningsvis i intervjuet var begrepsforståelse mener jeg dette bidro til at informantene tidlig ble klar over at det var ulik oppfatning av sentrale begreper. Videre mener jeg diskusjonen rundt begrepene førte informantene nærmere en felles forståelse av begrepene ansvarsgruppe og Individuell Plan. Intervjuet dreide seg også om å få frem forskjeller og likheter i informantenes teoretiske og praktiske tilnærming til psykososialt arbeid. Likevel har jeg tatt hensyn til dette så langt jeg har evnet å se disse fallgruvene.

Undersøkelsen ble gjennomført i mitt nærmiljø, og jeg er derfor systemmessig en deltaker i mitt eget prosjekt. Dette har jeg tilstrebet å ha et bevisst forhold til gjennom å holde meg til mitt instrument- intervjuguiden og analysere mine data gjennom en hermeneutisk tilnærming.

Jeg har til slutt sett på mine funn opp i mot andre studier med lignende problemstilling. Jeg fant at mine funn har flere likheter med de resultat Helsetilsynet har konkludert med etter ulike tilsyn. Likhetene går på pulverisering av ansvar når samarbeidsrutiner og ansvar for koordinering ikke er satt nok i system.¹⁶

¹⁶ Rapport fra Helsetilsynet 3-2003, "Et stykkevis og delt helsetilbud?" Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester. (Helsetilsynet – tilsyn med sosial og helse)

3.9 Forforståelse og metodekritikk

Undersøkelsen ble gjennomført med en relativt høy grad av forkunnskap og forforståelse om tema for problemstillingen. Jeg har arbeidserfaring som spesialpedagog fra skoleverket, PPT, barnevern, omsorgsboliger og psykiatri. Innen disse etatene har ledelse og deltakelse av ansvarsgrupper, IP og koordinering av tiltak og tjenester vært en del av mine arbeidsoppgaver gjennom flere år. Dette var et tilbaketrukket stadium da jeg innledet arbeidet med masteroppgaven. Under intervjuet var jeg dermed ikke direkte involvert i psykososialt arbeid slik det er definert i studien. Dette ga meg noe distanse til feltet jeg undersøkte.

Min forforståelse har bidratt til å kunne lage en intervjuguide med konkrete spørsmål rettet mot problemstillingen. Jeg opplevde å kunne gå direkte til verks i min søken etter det jeg ønsket svar på i formuleringen av spørsmål og påstander. For å kvalitetssikre intervjuguiden la jeg også til grunn tilsynsrapporter fra Statens Helsetilsyn, gjeldende veiledere og lovverk.¹⁷ Dette skapte både en nærhet og distanse ved utforming av spørsmålene mine (Dalen, 2004, s.18). Min forforståelse har dermed vært en verdifull kompetanse å ha i utformingen av intervjuguiden, og har bidratt til at lite data måtte forkastes.

Jeg har vært bevisst på de negative konsekvensene min forforståelse kan føre med seg. Dalen snakker om feilkilde som kan oppstå ved høy grad av forforståelse - å føre informantene i den retning en vil ha dem (Dalen, 2004). Dette har jeg tilstrebet å motvirke ved å holde meg til intervjuguiden i intervjuet. Videre ble datamaterialet sendt til informantene for godkjenning etter transkribering med samme mål. Min forforståelse kan ha preget analysen på den ene siden. På den andre siden har jeg sett

¹⁷ Veileder 15-1502, Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007, Pasientrettighetsloven LOV-1999-07-02-63, Psykisk helsevernloven LOV-1999-07-02-62, Kommunehelsetjenesteloven LOV- 1982-11-19-66, Sosialtjenesteloven § 4 - 3a. Rett til Individuell plan LOV-1991-12-13-81, Forskrift om individuell plan. FOR-2004-12-23- 1837, Veileder til forskrifter om individuell plan for psykisk helse (voksne)" utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2004 (IS1253 (www.lovdato.no, www.shdir.no, www.statenshelsetilsyn.no))

på mine data i lys av de lovverk og gjeldende veiledere sier er godt kvalitetsmessig psykososialt arbeid.

Det var planlagt to fokusgruppe-intervju. Informantene oppfylte imidlertid ikke kriteriet om ulike etater i den andre fokusgruppen. Data kunne dermed ikke slås sammen med de data jeg hadde fra første intervju.

Analysemetoden ville da måtte endres siden gruppen ikke ble sammenlignbare. Jeg valgte på bakgrunn av dette å kun bruke datamaterialet jeg hadde fått fra første intervju. Dette var et stort og innholdsrikt intervju med mye informasjon.

NAV Trygd og NAV Arbeid takket nei til å delta. Grunnivningen var henholdsvis at de ikke kunne se at de har en viktig rolle i ansvarsgrupper eller ved utarbeidelse av Individuell Plan. Dette mener jeg er uriktig. I føringer fra nasjonalt hold og gjeldende lover og rundskriv fremkommer det at offentlige tjenesteytende etater har et pålagt ansvar å delta i samarbeid rundt brukere som trenger koordinerte tjenester.¹⁸ Min oppfatning er derfor at NAV generelt spiller en viktig rolle i arbeidet med IP og deltakelse i ansvarsgrupper. Mitt materiale ville sannsynligvis også reflektert et vesentlig bredere erfaringsgrunnlag dersom NAV hadde vært representert.

¹⁸ Veileder 15-1388, Arbeid og velferdsforvaltningsloven §15, St.t.prp. nr. 46 (2004-2005, s.71) Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk” Helse- og omsorgsdepartementet. www.regjeringen.no, St.t.prp. nr. 46. Ny arbeid og velferdforvaltning - Det kongelige Arbeids og Sosialdepartement (2004-2005, s.71) www.regjeringen.no

4.0 Presentasjon og drøfting av resultater

Arbeid med mennesker er til glede og frustrasjon. Mange av de utfordringene en møter kan vanskelig forklares; de oppleves og håndteres. Informantene fortalte om stor tro på ansvarsgruppearbeid og bruk av IP, men uttrykte også bekymring for store utfordringer over mange sider ved psykososialt arbeid.

4.1 Presentasjon av resultatene

Resultatene presenteres som en tematisk redegjørelse av informantenes meninger og utsagn som kan belyse min problemstilling. Resultatene er sett opp mot oppgavens teoridel, særlig med vekt på veilederne ”Koordinering av psykososialt arbeid” (Veileder 2-2000), Individuell Plan 2007 og ”..og bedre skal det bli”(15-1502). Videre analyseres kategoriene mine utifra likheter og ulikheter, kontraster innad i datamaterialet, og øvrig teori i oppgavens teoridel.

Jeg vil i denne delen av oppgaven presentere hovedkategoriene av utfordringer jeg identifiserte. Disse kategoriene sto tydelig fram i fokusgruppen, og lot seg derfor klassifisere. Avslutningsvis vil jeg drøfte hvilke implikasjoner disse utfordringene kan ha i det daglige arbeidet, både på individnivå og på systemnivå. Det siste da sett opp mot en rasjonell og god kvalitetsmessig leveranse av psykososialt arbeid ut i fra de ulike veilederne utgitt av Sosial og Helsedirektoratet og lovverkene.¹⁹

¹⁹ Veileder 15-1502, Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007, Pasientrettighetsloven LOV-1999-07-02-63, Psykisk helsevernloven LOV-1999-07-02-62, Kommunehelsetjenesteloven LOV- 1982-11-19-66, Sosialtjenesteloven § 4 - 3a. Rett til Individuell plan LOV-1991-12-13-81, Forskrift om individuell plan. FOR-2004-12-23- 1837, Veileder til forskrifter om individuell plan for psykisk helse (voksne)” utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2004 (IS1253 (www.lovdatab.no, www.shdir.no, www.statenshelsetilsyn.no)

Hovedkategoriene er følgende:

Felles forståelse, IT-systemer, Kompetanse og veiledning, Ledelsesinvolvering, Fastlegens rolle, Utfordringer i det daglige arbeidet, Brukermedvirkning, Tverretattlig samarbeid, Taushetsplikt og samtykke og til slutt - Engasjement og lojalitet.

Samlet sett pekte disse kategoriene seg ut som faktorer knyttet til begrepsforståelse og tverretattlig samarbeid. Jeg vil anvende disse overordnede faktorene sett i relasjon til problemstillingen i presentasjon og drøfting av resultatene.

4.2. Felles forståelse

”At man har fått et felles overordnet begrep er vel forskjellen slik jeg oppfatter det”.

Det er viktig i psykososialt arbeid å ha en felles forståelse for hva en ansvarsgruppe er. Dersom deltakerne har ulik forståelse vil det være vanskelig å samarbeide innenfor rammene ansvarsgruppen har. Ansvarsgruppearbeid som metode skal sikre kontinuitet i tjenestetilbudet til tjenestebrukere med langvarige og sammensatte behov gjennom tverretattlig samarbeid (Veileder 2-2000).

Fokusgruppen ble innledningsvis spurt om hva de la i begrepet ”ansvarsgruppe”, og det viste seg at informantene ikke var enige seg i mellom. I gjeldende veiledere er brukers tilstedeværelse et klart kriterium for å kunne kalle møtet et ansvarsgruppemøte at brukeren og/eller pårørende skal være med på møtene (Veileder 2-2000). Dette var ikke et avgjørende kriterium for alle.

”En ansvarsgruppe er en gruppe som skal fungere videre, gjerne i mange år. Om bruker er med eller ikke er ikke det som avgjør forskjellen.”

Dette står i kontrast til at det fra nasjonalt hold nettopp påpekes betydningen av dette. Begrepet ble problematisert, og ulike definisjoner foreslått, men kun en informant hadde en fortolkning i samsvar med teori (Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007).

Hos informantene var ønsket om å ha et felles språk tilstede:

”Det er viktig at vi bruker samme begrepene. Bare det vi har snakket om nå viser at vi har ulike begreper om dette temaet. Vi må snakke samme språket.”

Når en deltaker eller koordinerer en ansvarsgruppe vil ulik fortolkning av et så sentralt begrep kunne medføre store utfordringer etter mitt syn. Her er det grobunn for misforståelser og unødvendige diskusjoner. Dermed vil det kunne være en utfordring i forhold til samarbeid på tvers av etatene. Dette medfører at det er uklart hvilket mandat møtet faktisk har. Brukermedvirkningen kan da bli svekket. Hva uenigheten besto av er egentlig ikke interessant etter min mening. Den avgjørende faktor er at det er uenighet om begrepet. Når tre så erfarne og kompetente utøvere, fra to ulike etater, har så ulik fortolkning kan det være at begrepsforståelsen spriker enda mer ute i bydelen. En understøttende faktor her er at informantene flere ganger, og med ulike innfallsvinkler mente at det mangler kompetanse på mange områder hos utøvere i bydelen.

”Folk kan ikke dette med å være koordinator. Mange har det ikke i utdannelsen sin, min yrkesgruppe har nok det, men mange har ikke det. En har ikke tankesettet inne..”

Kort sammenfattet omfattet denne uttrykte mangelen; kunnskap om hva som skal koordineres, delegeringskompetanse, brukermedvirkning, fastlegens rolle, rutiner og registrering for lagring og distribuering av referater. Det manglet også ledelsesinvolvering på en del felt innen denne type arbeid.

En så uensartet forståelse av sentrale begrep og oppgaver vil etter min mening føre til større utfordringer i det tverretatlige arbeidet enn nødvendig.

4.3 IT- systemer

”Vi har ingen mal for IP som vi kan bruke”

I veilederen ”...og bedre skal det bli” (15-1502) presenteres dårlige IT- systemer som ”flaskehals i forbedringsarbeid” (ibid, s.20). Gjennom analyseprosessen fant jeg at programvare, samt mulighet til elektronisk kontakt på tvers av etater, flere ganger ble nevnt som en utfordring for utøverne. Det kan synes som om det har vært lite fokus på datatekniske løsninger forbundet med psykososialt arbeid, og hvilke muligheter som ligger i den eksisterende programvaren. I forhold til psykososialt arbeid på informantenes arbeidsplass ser det ut til at IT- systemene ikke blir brukt særlig funksjonelt. Det virker som om det er mulig å ta alternative løsninger i bruk, men at det er begrenset fokus på det. Datasystemet de to etatene bruker er compatible slik veilederen (15-1502) påpeker betydningen av:

”Vi har fått tilgang til deres datasystem, men vi har ikke hatt tid til å bli lært opp enda på vår enhet.”

Fokusgruppen fortalte at det ikke er mulig å sende IP til hverandre elektronisk. En måtte scanne inn mottatt kopi når IP var ferdig utarbeidet av en av partene. Dette gjør arbeidet mer tungvint enn nødvendig.

I intervjuet kom det frem at det ikke fantes en felles mal for IP på bydelsnivå. En av informantene fortalte at:

”På vårt datasystem ligger det inne en mal til IP som vi kan flette inn til brukeren. Så kom det et samarbeidsprosjekt der en ble enig om at 1 og 2 linje burde ha samme mal. Dermed ble det laget en felles mal for psykiatrien som brukes i sektor. Dette for at det ikke skulle bli så stor overgang å se planene. Denne har vi liggende inne på datasystemet vårt. IP- arbeidet skal starte opp på sykehuset og så skal den jobbes videre med. Men det mangler kunnskap, og vi har ikke koordinert oss med deres etater.”

De andre informantene hadde ingen felles mal til bruk i egen virksomhet. Dette tilsier at det kan være stor forskjell på praksis internt og på bydelsnivå, noe som igjen kan gjøre samarbeidet mer utfordrende enn nødvendig. Nyansatte som kommer inn i

virksomheten vil bruke lenger tid enn nødvendig når det ikke finnes felles maler å ta i bruk. En bevissthet rundt hvordan en lagrer IP vil lette arbeidshverdagen for saksbehandlerne. Det er varierende hvor mye leder styrer gjennomføringen av disse prosessene.

”Ledelsen må bestemme seg for hvordan dette skal være, og gjøres. Det er jo et lovverk som sier at alt skal i hovedjournalen.()Det er vel kanskje forskjellig oppfatning av hvordan dette bør gjøres.”

Det fremkom ikke klare retningslinjer for hva som skal dokumenteres på pasientens journal i forhold til IP, hvem som er koordinator, eller hvem som er deltakere i den enkeltes ansvarsgruppe i etatene. I den ene etaten var denne type registrering så vidt i gang.

”Vi lager nå skriftlige vedtak om ansvarsgruppe. Dette blir gjort ved hjelp av en egen tjeneste som heter ”Individuell Plan” i datasystemet. Vi har ulike slike tjenester på datasystemet vårt, dette er en av dem. Dette har jeg stått på veldig for at vi skal begynne å bruke, fordi det ikke er alle som skal ha denne tjenesten.”

Den ene etaten bruker en alternativ mal som de tilpasser den enkelte. Dette finner de ikke tilfredsstillende da det blir for tilfeldig hva som dokumenteres og hvordan dette blir registrert. Det hersket også usikkerhet rundt hvordan lagring av IP på data skulle gjøres.

”I etaten finnes en fane som heter arbeidsplan. Der kan man gå inn og kalle planen for IP. Dersom alle gjør det kan en hente ut tall på hvor mange som har IP. ”

På grunn av mangelfull systematisk registreringen er det pr i dag ikke mulig å finne ut hvor mange som har IP eller ansvarsgrupper i denne etaten. Det er heller ikke mulig å dokumentere hvor mange koordinatoroppgaver den enkelte har, eller å finne ut om IP fremdeles er gyldig. Informantene i den ene etaten forteller at det bare blir registrert i journal dersom en bruker ikke vil ha IP. Videreføring av planen blir derfor et usikkerhetsmoment ved et eventuelt bytte av saksbehandler. Informantene savner muligheten for slik registrering i datasystemet.

”Vi har lest veilederen for IP som sier at man fatter et vedtak veldig nøye, og fant at man skal fatte vedtak dersom en ikke gir noen en IP, men ikke dersom de får en plan. Vi har snakket mye om hvordan vi kan sikre at planene blir opprettholdt, eller om de blir fulgt opp.”

Det er heller ikke tilrettelagt for systematisk registrering av hvem IP er sendt til, selv om IP generelt skal sendes til ansvarsgruppen. I den ene etaten blir ikke registrering og oppdatering av planen systematisk gjennomført siden det ikke er direktiver fra ledelsen. Dermed blir det opp til hver enkelt saksbehandler hvordan dette gjøres. I den andre var derimot enkelte rutiner innført som tidligere nevnt. Likevel mangler bydelen en overgripende rutine som gjør at alle ansvarsgrupper og Individuelle Planer blir registrert på ett sted. En av informantene ønsket et slikt system.

”Jeg mener at vi burde ha en enhet i bydelen som tok i mot alle anmodninger om IP og som så om det faktisk var behov, og skrev avslag skriftlig dersom det ikke var det. Denne etaten burde utnevnte koordinator, den som er tjenestemottakerens nærmest. Det burde være en etat som har oversikt over dette systemet. Stovner har en slik ordning og det virket så ryddig. Flere hadde slike ordninger på et IP- kurs jeg var på. Da minsker man fallgruvene.”

Denne virksomheten hadde som sagt en fane i journalsystemet som kunne brukes, men det var ingen retningslinjer fra ledelsen om at denne skulle brukes av alle.

”Det har ikke kommet noe direktiv ovenfra om at det skal gjøres på data”

Dermed vil det være vanskelig for nyansatte å få oversikt i sakene. En vil selvsagt kunne finne det ut ved å gå gjennom papir og datajournal, men det krever unødvendig mye arbeid.

” Problemet her er at mange har skrevet IP på papir og arker det, og da arkiveres det bare direkte i papirmappen. Dersom noen da er syke kan det være lett å glemme å ta med IP, eller å sjekke om vedkommende har IP”

Arbeidspresset er i utgangspunktet stort:

” en saksbehandler som har 70 klienter, skal skrive referater, arke referatet (legge det i mappen) sende ut brev, og arke det brevet. Man kan si at det ikke tar så lang tid å skrive referat, men man skal skrive, underskrive, ta kopier, sende ut, finne adressene, skrive på konvoluttene, og hvis en tenker på hvor mye tid det tar så opplever man en veldig vegring mot det.”

Informanten fortalte at når en skal steppe inn på møte på kort varsel er den hyppigste utfordringen å finne ut om det er IP, og hvor denne oppbevares.

”Vi har diskutert hvor mange planer vi har, og om man skal måtte gå i alle skapene å lete etter planer for å få oversikt. Det er på mange måter dette som er en av utfordringene i bydelen.”

I den ene virksomheten hadde utøverne heller ingen felles retningslinjer de kunne støtte seg på ved utarbeidelse av IP. De ønsket at det fantes

”en slags liste av sjekkpunkt. Det er mange mennesker som skal huske dette her... hvis man bare får slike enkle ting på plass som gjør at man bare tar planen fra forrige møte og kan se på den” Det byttes jo()”behandlere hele tiden, da kunne en også gå inn og evaluere planen på data og skrive inn endringene direkte utfra dokumentasjonen. Da ligger jo alt på datasystemet.”

Dette er i tråd med intensjonene som ligger i forskrifter og rundskriv (Individuell Plan 2007, Veileder 2-2000). En har da mulighet til å evaluere planen på hvert ansvarsgruppemøte, sette inn nye kontaktpersoner og bruke punktene i planen som saksliste. En sjekkpunktliste ville være et godt rutinemessig grep, særlig for nyansatte.

Felles prosedyrer kan altså bedre kontinuiteten, samt gjøre systemet rundt en pasient mindre sårbart. Informantene forteller om en meget hektisk arbeidshverdag. Dette fører ofte til at saksbehandlere fra tid til annen går inn og ut av ansvarsgrupper. Det kan samlet sett derfor synes fornuftig å ha større fokus på hvordan IP kan overføres effektivt mellom saksbehandlere. På den ene siden kan være en risiko for å miste noe av den personlige nærheten som veileder (2-2000) omtaler som viktig. På den andre siden er det slitsomt for pasienten å stadig måtte sette en ny koordinator, og nye saksbehandlere, inn i egne behov og opplyse om status. I mange tilfeller er det heller ikke mulig på grunn av pasientens tilstand. For saksbehandlerne som skal forvalte 60-70 saker er det også et poeng å forenkle innsatsen som kreves for å lede et ansvarsgruppemøte.

Isolert sett vil ikke disse utfordringene føre til den store belastningen, men i tillegg til alle andre arbeidsoppgaver vil det kunne medføre unødvendig stress og en opplevelse av meningsløshet (Antonovsky, 2000). Et funksjonelt datasystem vil kunne

effektivisere hverdagen betraktelig, men dette blir ikke utnyttet. Utøver er klar over at det er slik, men har ikke ressurser til å ta tak i det. På den ene siden forteller informantene at det er muligheter i eksisterende datasystem, men at det må komme føringer fra ledelsen. På den andre siden kan det være at lederne har så mye å gjøre, og stoler på egne arbeidstakere i så stor grad at de har tillit til at dette løses på et lavere nivå.

Oppsummert kan det se ut som om IT-systemene og mangelfull opplæring i og bruk av eksisterende system er en variabel, men tydelig utfordring. Det er en tilleggsbelastning for utøverne i det daglige arbeidet, og kan påvirke utøvers bevegelse fra eller mot "den sunde pol"(Antonovsky 2000, s. 33). Dette vil i siste instans påvirke tjenestene brukeren får.

4.4 Kompetanse og veiledning

"Men det trengs opplæring, for folk kan ikke dette med å være koordinator. Mange har ikke dette i utdannelsen sin, min yrkesgruppe har nok det, men mange har ikke det. En har ikke tankesettet inne.- "

Informantene var opptatt av kompetanseutvikling på feltet, og at det til dette var knyttet en god del utfordringer. Særlig en informant opplevde det stressende at det var svært stor turnover på egen arbeidsplass. Det gjaldt så høye tall som 50% nyansettelser i løpet av et år. Informanten var delansvarlig for opplæring av nyansatte i psykososialt arbeid, og så hyppige utskiftninger gjorde det vanskelig å holde tritt med hvem som hadde fått intern opplæring og hvem som ikke hadde fått det. Stort sett var dette nyutdannede som kom rett fra skolen, og hun forteller at

"Vi hadde 50% nye saksbehandlere på kontoret i fjor som kommer rett fra skolen. Disse vet nesten ikke hva en IP er. De synes det er vanskelig å grensesette, og de vet ikke om tiltakene som finnes. De møter gjerne mange sterke damer i psykiatrien, rusfeltet eller hvor det enn er som sier at de må skrive referater eller utføre andre oppgaver. Saksbehandlere har ikke den gutsen til å si at dette kan dere likegodt gjøre. De klarer ikke alltid å sette grenser."

En slik situasjon må nødvendigvis øke arbeidspresset for de som har et opplæringsansvar. Å kontinuerlig lære opp nye uten at situasjonen bedrer seg vil kunne oppleves meningsløst. I følge Antonovsky er opplevelsen av meningsfullhet og sammenheng en positiv motstandsfaktor for å opprettholde god helse (Antonovsky 2000). Stadig gjentakelser av oppgaver uten at det skaper resultater vil etter hvert kunne oppleves som er trussel mot egen trivsel og effektivitet (Lazarus, 2006).

Leder har, i følge informantene, prøvd å søke etter en ny medarbeider som skal drive utviklingsarbeid på psykososialt arbeid.

”På vårt kontor har de søkt etter å få besatt en stilling som skulle jobbe med å utvikle IP, men ingen kvalifiserte søkere søkte. Derfor valgte man å ikke besette den stillingen.”

Dette kan være et bidrag som øker nåværende utøvers pågangsmot. Hun opplever at leder prøver å gjøre noe med situasjonen, og at hun blir sett. Opplæring vil også styrke bruken og forståelsen for viktigheten av et felles begrepsapparat.

”Det er viktig at vi bruker samme begrepene. Bare det vi har snakket om nå viser at vi har ulike begreper om dette temaet. Vi må snakke samme språket. Vi har nå fått så mye penger at alle kan bli lært opp. Det er viktig at det blir laget en felles mal, og at det blir laget en oversikt over hvem som har IP.”

Felles opplæring på tvers av etater, og gjerne brukeropplæring i psykososialt arbeid, fremmes som en gangbar vei å gå i veilederen ”..og bedre skal det bli”(2007). Helse og Sosialdirektoratet ønsker en generell styrking av utøvere og brukere som en del av kvalitetsutviklingen i helse og sosialtjenestene. Informantene var samlet sett meget klare på at dette er et tiltak de vil ønske velkommen. Dette kan også styrke holdningene til psykososialt arbeid i bydelen for øvrig.

”En samarbeidende etat på bydel mener at IP er en så bra ting at selv om det bare er ett tiltak inne så er det optimalt med IP. ()Det er jo mulig å skrive en IP uten mandat og en felles holdning, men alle de nye saksbehandlerne som ikke vet hvordan de skal møte kravet om IP får det vanskelig da. Å sitte der når de får spørsmål om IP er nødvendig i en sak er vanskelig uten klare holdninger til dette. De må kanskje si noe om hvorfor IP eller ikke. Å klare å komme med en god tilbakemelding når spørsmålet kommer opp er bra for dem å kunne gjøre.”

Det skal likevel sies at informantenes motivasjon og tro på verktøyene var overraskende høy sett i forhold til graden av tilrettelegging i begge virksomhetene:

”Jeg synes du sparer tjenester på sikt med å ha ansvarsgruppe. I stedet for å ha støttesamtaler hver uke, eller hver 14 dag kan en kanskje ha ansvarsgruppe kanskje fire ganger i året, og det kan være like mye verdt.”

en annen fulgte opp med

”Man kan spare masse frustrasjon, det er jo tunge brukere man har da”

Det fremkommer dermed stor kontrast mellom utøvers motivasjon og tro på verktøyene, og virksomhetenes fokus på psykososialt arbeid med tanke på hvor en står i utvikling av gode rutiner og tverretattlig samarbeid. At dette er en type tilnærming som utøverne mener kan gi brukeren bedre kvalitet på tjenester er det ingen tvil om. Det er heller ingen tvil om at de mener verktøyene kan effektivisere klientarbeidet. Innsatsen ser likevel ut til å være høyere enn ønsket uttelling. Arbeidet er ikke satt nok i system. Informantene etterlyser systematisk kompetanseheving og veiledning for å bedre dette. Informantene hevdet at de ikke kjente til eksisterende tilbud om veiledning på psykososialt arbeid. Dette til tross for at Sosial og Helsedirektoratet omtaler dette som en god metode for å dra nytte av hverandres erfaringer og refleksjoner (Individuell Plan 2007, Veileder 15-1502, Veileder 2-2000).

4.5 Ledelsesinvolvering

Antonovskys begrep, Opplevelse av sammenheng ,OAS, kan ses i sammenheng med utøvers motivasjon for å drive ansvarsgruppearbeid (Antonovsky, 2000). Dersom utøver ikke opplever positiv tilbakemelding på innsatsen vil opplevelsen av sammenheng reduseres. At ledelsen legger vekt på betydning av psykososialt arbeid vil dermed øke utøvers motivasjon og innsatsvilje. Dersom utøver opplever at det er mulig å mestre denne delen av jobben vil stress reduseres og mestringsopplevelse økes. Igjen vil dette kunne føre til økt fokus på denne type arbeid, og dersom dette skjer parallelt i en bydel vil en kunne få til mye på relativt kort tid. Uansett må det ryddes plass til arbeidet. En etat var i gang med å sette tidsfaktoren i system i sin etat.

” Det settes nå av tid til IP og ansvarsgruppearbeid. Ti minutter i uka pr sak, og så regnes det ut på 52 uker hvor mye tid det blir. Dette er tiden de får satt av til dette nå.”

At en stadig får høre at en ikke er like effektiv som kollegaer vil kunne føre til en opplevelse av meningsløshet, likeså at oppavene en gjør oppleves å ikke bli satt pris på av arbeidsgiver eller kollegaer.

”Frustrasjonen til utøver i etaten var høy siden de ble pålagt og pålagt og pålagt og ikke fikk synliggjort dette arbeidet.”

En stadig opplevelse av dette er en klar stressfaktor, og man kan med letthet få arbeidsdagens betydning kraftig redusert.

Opplevelse av stress vil også påvirkes av at koordinator ikke innehar nødvendig kompetanse til å lede ansvarsgruppemøtet eller til å inneha rollen som koordinator. Trolig vil det også føre til en opplevelse av at dette arbeidet er meningsløst og ikke fører frem. Dersom utøver ikke opplever mestring, og at tiltakene rundt en pasient derfor ikke fungerer slik det skal vil over tid føre til slitasje. Resultatet kan være at hjelperen mister motivasjon og unngår å ta på seg slike oppgaver i fremtiden. I siste instans kan konsekvensen bli at pasienten opplever å få et dårligere tilbud (Arbeidsmiljøloven 2006, Veileder 15-1502, Individuell Plan 2007).

”Holdningen fra vårt kontor, fra min leder var da at det ikke skulle jobbes med IP. Så skulle vi jobbe med det, men da ble ikke tatt skikkelig tak i. Holdningen fra ledelsen var at vi trolig ikke kom til å få særlig mange henvendelser på dette, men det gjør vi hele tiden. Det kommer etter hvert krav nå fra alle kanter utenfra om IP. Men dette må komme fra ledelsen. Jeg kan ikke begynne å utarbeide IP- maler alene. Jeg gikk i linje og sa at det er et behov der ute og at det gjør saksbehandlerne veldig forvirret. Jeg tror at mange tror at dette er hovedfag i skriving, men det trenger faktisk ikke være så vanskelig. Saken er jo at noen bare har mål om å ha en pakke tobakk i uka. Men vi har ikke hatt verktøyet, og heller ikke en policy på kontoret. Vi må vi bli enige om hvordan man gjør det, og vi må ha en fells holdning på hvordan man gjør dette.”

Veilederen ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten” er basert på praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i helse og sosialetaten. Den retter seg mot ledere, utøvere og brukere (Veileder 15-1502). Her

påpekes det at ”ledere har en sterk innvirkning på det praktiske kvalitetsarbeidet i sin organisasjon” (ibid,s.15). Den påpeker videre at leders ansvar omfatter å sikre sammenhengende tiltakskjeder mellom ulike tjenester og på tvers av nivåer. Ledere i virksomheter som lykkes innehar egenskaper som entusiasme, empati, åpenhet og integritet. De er opptatt av helhet og samhandling, og de legger til rette for forbedring av prosesser på tvers av tjenestene, ikke bare innad i egen virksomhet (Veileder 15-1502).

Dette tolker jeg som at en leder skal legge tilrette og sørge for relevant opplæring og kontinuerlig forbedringsarbeid i og utenfor egen virksomhet. Tverretatlig samarbeid på ledernivå kan være en fruktbar vei å gå her. Arbeidsmiljøloven kapittel 4 pålegger arbeidsgiver og arbeidstaker å samarbeide om utvikling av prosedyrer og rutiner samt nødvendig og relevant kompetanseheving (Arbeidsmiljøloven, 2006). Dermed må det internt nødvendigvis bli en prosess mellom arbeidstakere og leder der leder fatter nødvendige beslutninger basert på en helhetlig vurdering. For å kunne gjøre det må utøver vite hva eget kompetansebehov er, noe som kan være vanskelig som nyutdannet saksbehandler. Utøverne har et selvstendig ansvar for å utvikle sin evne til møte brukeren på en empatisk og respektfull måte. De må også ha evne til å stille spørsmål ved vedtatte sannheter, samt vite hvordan de skal gjennomføre forbedringer innenfor egne rammer og mandat. Veilederen understreker at forutsetningen for dette er at de får nødvendig opplæring (Veileder 15-1502, Veileder 2-2000).

”Det vi ser i ansvarsgruppa når det kommer saker fra saksbehandlerne i etaten så er det ofte at andre samarbeidspartnere har sagt at å ha koordinatorrollen betyr at man skal være alle tiltakene. Da sier jeg til saksbehandlerne at dere er kanskje koordinator men dere skal koordinere tiltakene, ikke være alle tiltakene alene.”

Det fremkommer et tydelig behov for kompetanseheving gjennom hele datamaterialet Dette gjelder alt fra hva IP og ansvarsgruppe er, til hvem som skal ha disse tiltakene (pkt 5.2.3). Informantene er godt informert om dette selv, men forteller om samarbeidspartnere som oppretter ansvarsgrupper og utnevner koordinator der det ikke er behov for det. Det samme gjelder IP.

” Det hender jo at noen søker om IP, og så er det bare fastlegen som er inne i bildet. Da () er det ikke nødvendig å ha IP siden dette ikke kvalifiserer til kravet som er sammensatte tjenester over tid. () Det skal jo ikke være IP når det ikke er tjenester å koordinere.”

En annen informant understreker at:

”Det må være fokus på dette fra toppen. () De må bestemme seg for hvordan dette skal være. ”

Informantenes inntrykk av om det jobbes på systemnivå er delt.

”Jeg tror ikke at bydelen mener så mye om dette på toppen. Vi på grunnplanet prøver å lage en beskrivelse av samarbeidet på IP. Hos oss så lager vi det på ulike måter.”

Om sentrale føringer blir fulgt kommenteres følgende

”Men en ting er hva rådhuset sier, og en annen er hvordan bydel løser oppgaven..”

Det er holdepunkt for at informantene strever på grunnplanet med å gjennomføre og innføre gode rutiner for psykososialt arbeid. De gjør så godt de kan med det mandatet de har. Oppfatningen fra to informanter er at det er for lite fokus rettet mot psykososialt arbeid fra ledelsen. En annen informant sitter plassert nærmere beslutningsorganer, og mener arbeidet er i gang. Det er tilført penger til bydelen til opplæring, og hun har stor tro på at dette vil komme i gang om ikke så altfor lang tid. Det er også hun som opplyser om at midlene finnes, og hva de skal brukes til. Dermed er det holdepunkt for at dette kan skje innen relativt kort tid. Dette er i tråd med forventningene Helse og Sosialdirektoratet har til fremtidig utviklingsarbeid i helse og sosialtjenesten. Det er ikke dermed sagt at nok fokus vil bli lagt på IT-løsningene i opplæringen. I veilederen (15-1502) heter det at leder skal innføre gode styringssystemer (inkludert IT) for samhandling, forbedring og kunnskapshåndtering. Datasystemene må være kompatible på tvers av tjenester og nivåer slik at de kan brukes til å samordne tjenestetilbudet til brukerne. Dette bør være en del av en lederstyrt kompetanseplan for virksomheten (Veileder 15-1502).

En informant omtaler en slik påbegynt prosess:

”På vårt datasystem ligger det inne en mal til IP som vi kan flette inn til brukeren. Det er et resultat av et samarbeidsprosjekt der en ble enig om at 1 og 2 linje burde ha samme mal. Dermed ble det laget en felles mal for psykiatrien som brukes i sektor. Dette for at det ikke skulle bli så stor overgang å se planene. Denne har vi liggende inne på datasystemet vårt. IP arbeidet skal starte opp på sykehuset og så skal den jobbes videre med. Men det mangler kunnskap, og vi har ikke koordinert oss med deres etater”

Sammenfattet kan det synes som om økt fokus på praktiske, individuelle og systemmessige intervensjoner fra ledere kan føre til positive endringer. Dette kan eksempelvis være: Å ta beslutninger på hvor IP skal lagres og hvordan koordinator og ansvarsgruppene skal registreres, hvor IP gyldighet skal komme frem, initiere veiledning – gjerne på tvers av etater og anerkjenne at denne type arbeid tar tid.

Planlagt opplæring må settes i gang, og utøvernes positive innsats på området må få den oppmerksomhet den fortjener. Ut i fra det informantene forteller er det et høyt bevissthetsnivå rundt dette, men det blir ikke lagt nok merke til.

4.6 Fastlegens rolle

Fastlegen har ansvar for pasientenes behandling, og skal delta på ansvarsgruppemøter når dette anses nødvendig (Individuell Plan 2007, Veileder 2-2000). Fokusgruppen omtalte fastlegen som *”krumtappen”* i pasientens behandling og oppfølging.

”Fastlegen er jo veldig viktig, det er jo han som får alle epikriser fra sykehus, han er jo en kjempeviktig person. Jeg går ofte inn på NAV`s sider og sjekker ut hvem fastlegen er på klientene”.

Informantene fortalte om en praksis der de prøver å legge til rette for innkalling i god tid, eller at møtene legges til fastlegens kontor for å legge til rette for at han kan delta.

”Noen er flinkere enn andre, men hvis vi legger møtene opp etter dem, er ute i god tid så stiller de opp. De har nok for mange pasienter etter hvert, men det må de jo ta ansvaret for selv da.”

Når ansvarsgruppen behandler saker som gjør at legen etter deres mening ikke trenger å være til stede, kan det synes som om rutinene for å orientere ham er noe mer uklare.

Informantene fortalte om en praksis der referat og kopi av IP skal sendes, men at det likevel ikke alltid ble gjort. Dersom det var en ny IP, eller fastlegen hadde praktisk oppfølgingsansvar for punkter i planen stilte saken seg annerledes. Alle tre mente at det da alltid ble sendt kopi. Ved evalueringer og justeringer var det mer usikkert om dette ble gjort. En potensiell svikt var at pasienten selv kunne få med seg planen for signering av fastlegen.

”Hvis man tar med fastlegen som eget punkt så blir han informert. Men hvis det ikke er slik så må planen sendes til fastlegen for så at han skal ha tid til å lese gjennom den og sende den tilbake. Det er jo forskjellig organisering på de forskjellige legekantorene. . En annen måte er jo at klienten kan ta med seg IP til legen, hvis en ikke får gjort så mye i ansvarsgruppemøtet da, eller bare har snakket på telefonen. Da tar jo klienten med seg IP.”

På den ene siden er dette ingen dårlig ide sett i lys av pasientrettighetsloven og Helse- og sosialdirektoratets anbefalinger om økt brukermedvirkning (Lov om sosiale tjenester, 1991., Pasientrettighetsloven, 1999). Egenmestring og empowerment kan styrkes med en slik intervensjon, men det forutsetter at koordinator kvalitetssikrer at det blir gjort (Individuell Plan 2007, Veileder 2-2000). Brukermedvirkning fordrer at pasienten tar så mye ansvar som han kan mestre, og dette vil medføre noe utprøving. Dersom bruker glemmer å få planen signert må koordinator huske at planen er sendt med brukeren, og etterspørre om det er gjort (ibid).

På den andre siden, her går det med tid. Når saksbehandler allerede har en belastende arbeidshverdag kan dette medføre ytterligere stress. Med den travle arbeidssituasjonen kan slik brukermedvirkning være et ideal, men i praksis vanskelig å følge opp. En ordning med elektronisk oversendelse av IP, der en også kan signere elektronisk, kunne løst dette på en god måte, og brukers IP medvirkning kan etter mitt syn økes på andre områder først.

Fastlegene trenger informasjon fra oppfølging og behandlingsnettverket for å løse sine oppgaver. Det får de ikke i stor nok grad, og denne type mangel på rutiner kan være en medvirkende årsak til det. I 2006 gjennomførte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en undersøkelse der fastlegene uttaler seg om sitt samarbeid med

Distrikt Psykiatriske Senter (DPS). Undersøkelsen støtter opp om at fastlegene ikke får tilstrekkelig informasjon fra behandlingsnettverket, det tar for lang tid.²⁰ Det er ikke gjort en lignende undersøkelse mot 1. linjen så langt jeg har klart å finne. På bakgrunn av dette er det vanskelig å si om mangel på informasjon er en større systemutfordring enn det som kommer fram i mitt datagrunnlag.

Behovet for informasjon den andre veien opptar også informantene. De forteller at ved endringer i pasientens tilstand, eller dersom henvisninger de har initiert blir avslått, så er det sjelden at gruppen får melding om det.

”det som er litt synd er at vi ikke får beskjed om at de får avslag. Det er det fastlegen som får.”

Det er klart at tjenestemottaker kan informere ansvarsgruppen, men det kan ta unødvendig lang tid for gruppen å få informasjon om dette dersom det er langt mellom møtene. Brukers tilstand kan også være av en slik karakter at ansvaret for å informere ansvarsgruppen blir for stort. Enhver bruker skal ha ansvar og brukermedvirkning relatert til egen helse og mulighet for mestring. Dersom forutsetningene ikke er tilstede vil det ikke være god kvalitet på tjenesten å gi brukeren slikt ansvar (Veileder 15-1502).

Informantene vil gjerne forbedre praksis. De tilstreber å få det til, men trenger et tydelig mandat for hvordan psykososialt arbeid skal praktiseres. Det legges ikke til rette for dette på nåværende tidspunkt, verken innad i virksomhetene eller i bydel.

”Hvis IP er veldig sentral i ansvarsgruppa så får alltid fastlegen innkalling til møtet, og referat fra møtet blir sendt til ham. Dette gjelder selv om de ikke møter. Da vil de automatisk få IP hvis man brukte planen i møtet, selv om de ikke møtte i ansvarsgruppa. Det ville nok ha gått mer automatisk i det da. Jeg tror nok at her er det er mye svikt. En prøver for eksempel å sende en kopi til den som har søkt inn når det gjøres vedtak nå. En har blitt litt flinkere på det. Sånn at innsøker vet hva svaret er på det de har søkt om.”

²⁰ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; Fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006. Institusjonsresultater Alna DPS, Psykiatrisk Senter Asker, Psykiatrisk Senter Bærum – Oslo. Juni 2006

På den ene siden kan det se ut som om ledelsesinvolvering i den ene etaten er for lav, og nødvendig tid og kompetanseheving er nødvendig for at den andre etaten skal lykkes i sine forsøk på å få til samarbeid. På den andre siden er dette et felles ansvar, og dette er informantene seg bevisst. Rutiner er innført og brukes selv om hun har møtt motstand i form av kjeft og boikott (s. 65).

I datamaterialet fremkom det en forskjell i oppfatning av hva fastlegen har ansvaret for.

”På noen av de planene jeg har laget så er jo legen ett punkt – og når helse er ett punkt så er jo legen ansvarlig for somatisk helse. Da må jo han skrive under på den.”

Fastlegen har like stort ansvar for pasientens psykiske og somatiske helse.²¹ Dersom fastlegen ikke blir innkalt til ansvarsgruppemøter fordi psykisk helse står på agendaen, kan viktige sider ved pasientens helse bli oversett. I mitt datamateriale finner jeg holdepunkt for at koordinator selv vurderer alene, eller sammen med pasienten, om fastlegen skal kalles inn. Dette gjøres fra gang til gang. Dermed vil en uklar forståelse av fastlegens ansvarsområde få uheldige konsekvenser. Et eksempel kan være at muligheten for at psykofarmaka (medisiner) kan levers ut daglig kan bortfalle som et mulig oppfølgingsalternativ da legen kanskje ikke involveres i medisinerings. En slik forståelse av fastegerollen vil også kunne medføre lavere effektivitet i bydelens helsevesen. Spesialisthelsetjenesten skal ikke ha medisinsk oppfølging for pasienter som kan ivaretas på lavere nivå i følge LEON-prinsippet (Veileder 15-1388,s.18). Her beskrives også grenseoppgangene mellom de kommunale og statlig helsetjenestene (ibid).

²¹ Rapport; ”Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser”, SINTEF helse, 2006, Rapport, ”Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer – sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter”, SINTEF helse, 2006

Det er dermed samlet sett viktig at koordinator er trygg på egen rolle og fastlegens ansvarsområde. En felles forståelse av fastlegens ansvar i bydelens øvrige tjenestetilbud er også viktig. Et eksempel på dette er pasienter som er under oppstart på Metadon.²²

”All oppstart med medikamentell rusbehandling hvor det er ansvarsgrupper og tiltaksplaner så skal fastlegen alltid være med på første oppstartsmøte. Før så ville de ikke gå inn på slik behandling, men det har de ikke lov til å nekte nå, de har skjønt det ansvaret.”

4.7 utfordringer i det daglige arbeidet

Alle tre informantene fortalte at de opplevde det å være koordinator som tidkrevende dersom arbeidsforholdene ikke var lagt til rette for det. En er ansvarlig for å kalle inn til møter, sende ut brev, skrive referater og orientere ansvarsgruppen ved endring av behov hos bruker. De ønsker at:

”Det kunne komme bedre frem hvor mye arbeid det faktisk er – at du faktisk må sitte utover kvelden og skrive en rapport. Du må gjerne sitte litt for deg selv og formulere det litt. At det viser at dette er ekstra arbeid.”

Videre er møter med bruker utenom ansvarsgruppen fremhevet som viktig i ulike veiledere som omtaler denne type arbeid (Individuell Plan 2007, Veileder 15-1502, Veileder 2-2000). En skal også gjennomføre evaluering av IP, og sørge for nødvendige avklaringer i oppstartsfasen av gruppen (ibid). Her hadde informantene en klar og felles formening om hva som skal gjøres i første møte med bruker:

”hele ansvarsgruppen samles på første møte, og en blir enig om formen, og at det skal være en ansvarsgruppe og IP, om tid, sted, hvem som skal skrive referater og at dette må gå på omgang, hva som skal gjøres når klienten ikke møter og dette med taushetsplikten er selvsagt er dette tøft når du er et par og tjue år, du skal inn og lede et ansvarsgruppemøte.”

²² www.felleskatalogen.no

Her peker informantene også på en annen type utfordring; å være nyutdannet og skulle lede en ansvarsgruppe, gjerne i en gruppe med erfarne utøvere som ikke uten videre ønsker å ta på seg ekstraoppgaver. Sett i sammenheng med stor arbeidsbelastning og lite opplæring vil en slik situasjon kunne utfordre den nye utøveren så mye at utfordringen går over til å bli en trussel (Lazarus, 2006). Kanskje kan dette være en medvirkende årsak til at så mange velger å slutte i etater som har et slikt arbeidspress. Å mestre en slik situasjon fordrer at en opplever å ha en viss mulighet til å lykkes. Atkinson prestasjonsrelaterte motivasjonsteori sier at lysten til å lykkes og angsten for å mislykkes er to motstridende krefter (Imsen, 91). For at individet skal gå i gang med en oppgave må det se verdi og mening med å gjøre det. Utøver har trolig en opplevelse av sammenheng og mening med å hjelpe en bruker til å oppleve god kvalitet på tjenestene. Utøver ser trolig også en sammenheng med egne verdier på bakgrunn av yrkesvalg og stillingsinstruks. Mestring kan for eksempel oppleves gjennom høy grad av brukermedvirkning.

På motsatt side beskriver Atkinson angsten for å mislykkes. Dersom angsten for å gå i gang med oppgaven er så høy at utfordringen går i retning av en trussel (Lazarus, 2006) er det en overveiende mulighet for at utøver trekker seg fra oppgaven. Alternativt gjennomføres den med så høy grad av angst at det blir en påkjenning.

Utøver må da få tid til å trekke seg tilbake for å samle krefter for å kunne opprettholde at hans helse beveger seg i retning av den sunne siden av heleskontinuumet (Antonovsky, 2000). Dersom så ikke skjer, og han stadig må gå løs på neste lignende oppgave med samme høye grad av angst for å mislykkes vil dette etter hvert kunne utvikle seg til å bli stor belastning. Utøver kan da begynne å bevege seg bort fra "den sunde pol" (ibid, s. 33). Over tid vil utbrenthet kunne oppstå. Dette er ikke en utenkelig situasjon sett ut fra mine data. Det mangler kompetanse i bydelen, det er stor turnover i den ene etaten og gode psykososiale rutiner er ennå ikke helt på plass. Det arbeides med det, men mye sto igjen da undersøkelsen ble gjennomført for litt over ett år siden.

4.7.1 Brukermedvirkning

Siden reell brukermedvirkning forutsetter fokus på system- og individnivå parallelt valgte jeg å spørre fokusgruppen hvordan det jobbes med brukermedvirkning internt på arbeidsplassen, og i møte med brukerne. Gruppen fortalte at de opplever varierende praksis. En samarbeidende etat tillegges følgende praksis:

”de lager gjerne IP alene uten at det har vært en prosess. Det er ikke slik en IP skal være. Brukeren skjønner da kanskje ikke hva dette er for noe når de får planen lagt opp i hendene med beskjed om at her har jeg laget en IP til deg”.

Siden IP skal ha høy grad av medvirkning er en slik fremgangsmåte i strid med intensjonene fra nasjonalt hold (Individuell Plan 2007). Brukeren skal ha en sentral rolle i utformingen av tjenestene og planarbeidet, og han skal settes i stand til å delta i dette arbeidet så sant det er mulig. I veilederen ”..og bedre skal det bli” (15-1502) sidestilles kompetansebehovet hos utøver og bruker. Begge nivå bør læres opp i IP. Så langt det er mulig skal brukeren være en likeverdig partner som skal settes i stand til å delta i kartleggingen av behov og definere tiltak han har behov for (Veileder 15-1502). Å sette brukeren i stand til dette fordrer en aktiv holdning fra utøvers side (Ekeland og Heggen, 2007). En opplevelse av å ikke bli tatt med i planprosessen som gjelder eget liv kan føre til fremmedgjøring, og vil senke opplevelsen av sammenheng og meningsfullhet (Antonovsky, 2000).

”Det er mye bedre at pasientens ord kommer inn i målsetningen, hvordan det formuleres er ikke så farlig. Det behøver ikke være så fine formuleringer, det bør være det brukeren føler. Så må man prøve å få til tiltak etter dette. Det blir jo fagpersonenes oppgave der en har formulert slike type mål, og lage operative mål av det.”

Hos informantene var det høy bevissthet rundt dette, men flere hadde erfaring med at samarbeidspartnere ikke fulgte anbefalinger gitt i de gjeldende lovverk og veiledere.²³

²³ Veileder 15-1502, Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007, Pasientrettighetsloven LOV-1999-07-02-63, Psykisk helsevernloven LOV-1999-07-02-62, Kommunehelsetjenesteloven, LOV- 1982-11-19-66, Sosialtjenesteloven § 4 - 3a. Rett til Individuell plan LOV-1991-12-13-81, Forskrift om individuell plan. FOR-2004-12-23- 1837, Veileder til forskrifter om individuell plan for psykisk helse (voksne)” utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2004 (IS1253).

Sett i lys av teori vil myndiggjøring satt inn i denne sammenhengen bety å sette bruker i stand til å delta i eget planarbeid, og å tillate dette. Da må utøver gi fra seg makt og autoritet. Informantene mener at det er utøvers ansvar å ta brukerens mening og gjøre den operativ slik at tjenestene dekker behovet innenfor norsk lov²⁴

Dermed blir brukeren myndiggjort, han medvirker utifra egne forutsetninger i utarbeidelse av egen plan ved å formulere egne behov og mål. Det motsatte av opplevd myndiggjøring er maktesløshet. Maktesløsheten er da ikke bare et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget (Ekeland og Heggen, 2007). Opplevelse av sammenheng og mening øker fordi brukeren da kan oppleve at utøver lytter, tar han på alvor og at hans bidrag er av betydning. Tid til å sette seg ned med bruker er derfor en nødvendig ressurs. Det må være en kultur i virksomheten for at dette er akseptert. Dersom det ikke er slik må utøver kunne stille spørsmål internt om dette er riktig.

”På vårt kontor har folk opp i 70 brukere, hvor mange kan du sitte med da? Å har roen med brukeren og snakke om hva de tenker videre, og utarbeide en IP. Det tar ikke bare en time det. Det tar i alle fall tre-fire timer.”

Å stille spørsmål ved etablerte sannheter er en egenskap veilederen fremhever som positiv og nødvendig for å få til forbedringsarbeid i helse og sosialtjenesten (Veileder 15-1502).

Brukermedvirkning fordrer at brukerne høres, deres kunnskap må anerkjennes og deres valg må ha betydning (Veileder 15-1502). Mer eller mindre helse vil påvirke graden av brukermedvirkning, og dette vil variere i perioder (Veileder 2-2002, Antonovsky, 2000).

Det er en direkte forbindelse mellom makt, myndiggjøring og frigjøring. (NOU 1998:18, Ekeland og Heggen, 2007) Å oppleve at en mestrer, at ens bidrag i ansvarsgruppen har betydning og fører til konkrete observerbare resultat vil kunne

²⁴ www.lovdatab.no

øke opplevelsen av mening og sammenheng, og redusere stress. Det vil også kunne øke motivasjon til å delta i ansvarsgruppearbeidet siden det oppleves meningsfullt å delta. En positiv spiral vil kunne bli resultatet, med tidvise tilbakefall siden brukerne ofte er kronikere. Livskvalitet er et relativt begrep, og økt opplevelse av kontroll vil kunne gi høyere grad av brukerinvolvering. Dette scenariet er først og fremst avhengig av at koordinator må kjenne til brukers rett til å medvirke før bruker kan få mulighet til å medvirke (Veileder 15-1502). Koordinator må ha kompetanse om hva psykososialt arbeid er, hvilke rettigheter brukeren har, og ha lokal systemkunnskap slik at han kan fungere som los/veileder (Veileder 15-1502, Veileder 2-2000, Pasientrettighetsloven, 1999). Informantene kom med flere eksempler på at her er det store mangler i systemet, men at bydel som nevnt er tilført et større beløp til kompetanseheving.

Tilstrekkelig kompetanse, nødvendig tilrettelegging og tid fremstår dermed som fremtredende element for å øke brukermedvirkning og kvalitet i psykososialt arbeid i disse etatene.

4.7.2 Tverretatlig samarbeid

Målet for koordineringen er i følge veilederen å sikre tilgjengelighet og kontinuitet i tilbudene pasientene trenger og ønsker (Veileder 2-2000). Koordinatoren skal oppleves som personlig støttende og en profesjonell hjelper. Han skal samarbeide med pasienten om felles mål. Grunnlaget er et tillitsforhold mellom pasienten og koordinator (Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007). Dette forholdet er basert på langsiktighet og kontinuitet, det må bestå av regelmessige avtaler og ha en tydelig rollefordeling som hjelpesøker og hjelper heter det i veilederen (Veileder 2-2000).

En av informantene fremhever utfordringer i forhold til nødvendig informasjonsutveksling. I arbeidet med å innhente relevante opplysninger for å kunne løse oppgavene hun er satt til å utføre har hun særlig fra ledere blitt møtt med boikott, utskjelling og argumenter om taushetsplikt. Informanten har gjennomført

informasjonsmøter, seminarer og gitt ut skriftlig informasjon og maler for tjenesten både på 1. og 2. linje. Likevel har hun blitt møtt med denne motstanden.

”Da ordningen med faksene startet hadde jeg flere foredrag til 1. og 2. linjen. Da tenkte jeg at hver gang jeg fikk en faks og så skulle jeg sjekke kontaktpersoner, og begynte å gjøre det. Spørsmålene jeg stilte var av typen; ”kjenner dere brukeren?”. Jeg sendte også en mail til ulike etater med initialene og fødselsnummeret, ikke hele personnummeret med lignede spm. Da fikk jeg kjeft for det, blant annet av flere i den sentrale ledelsen – ikke legene, men noen andre sentrale personer i ledelsen. Vi har opplevd å bli boikottet også, men jeg tenkte at det var vår rolle å sjekke ut dette slik at tiltakene ikke gikk dobbelt.”

Om taushetsplikten sier hun at hun kun er ute etter å få vite akkurat så mye som hun trenger å vite for å løse oppgaven, men mener at retten til taushetsplikten tidvis blir misbrukt.

” jeg har til gode å høre at en pasient eller bruker som du spør ”vil du at vi skal samarbeide rundt deg,” - at noen har sagt nei.”

Å ha et bevisst forhold til hva som skjer med informasjon skal være basert på samtykke, og informanten mener at dette kan innhentes oftere. Samarbeid kan ellers bli komplisert, og informanten mener at gode løsninger kan iverksettes med bedre samarbeid på tvers. En løsning kan for eksempel være å innhente samtykke om samarbeid på tvers innledningsvis i kontaktetableringen.

Hvordan innspillene til ansvarsgruppens sakliste skal innhentes kan avtales på ansvarsgruppemøtet. Saklisten bør være kjent for brukeren i forkant av møtet for å senke tilløp til stressreaksjoner hos bruker på møtet (Godeseth,1991, Veileder 2-2000, Individuell Plan). Det er også viktig at koordinator kjenner til at det er nødvendig å dokumentere arbeidet i gruppen (Veileder 2-2000, Individuell Plan 2007). Det er et hjelpemiddel for å sikre framdrift i sakene som tas opp, og vedtas samt at avtaler følges opp.

Her var informantene samstemte:

”Ofte på disse møtene snakker man veldig mye rundt behovene og evaluerer disse. Ved å bruke IP på hvert møte hadde man faktisk fått effektiv jobbing; hva er gjort, hva skal gjøres til neste gang skal vi gjøre det ene eller det andre – vi kunne avklart målet – for eksempel: ”nå har du ikke klart å skaffe deg ID på ni ganger, og kanskje trenger du praktisk hjelp til å få det til”. Det ville være veldig lurt da. Da blir det operativt. For eksempel når vi driver med opplæring i ansvarsgruppe har jeg sagt at man må bruke referatet aktivt, og referatet skal ta utgangspunkt i tiltaksplanen. Det man gjør i ansvarsgruppa skal være knytta opp mot målene til klienten selvfølgelig.”

En annen sa at

”Hvis man er flink til å skrive referater og tar med tiltaksplanen så kan man da si at neste punkt er det er boforhold, økonomi..”

Den tredje fulgte opp med

”Da kunne man evaluere planen på hvert møte”

Koordinator kan delegere dokumentasjonsansvaret, gjerne fra gang til gang. Dersom bruker ikke klarer å møte, eller er forhindret fra å delta, må hans mening innhentes på forhånd i de ulike postene på sakslisten. Dette må de øvrige deltakerne på møtet være klar over. Det er koordinatorens ansvar å sørge for at så blir gjort, men ansvaret kan delegeres (Veileder 2-2000). Tydelig ansvarsfordeling er den viktigste faktoren i et vellykket tverretattlig samarbeid (Veileder 2-2000, Godeseth, 1991, Individuell Plan 2007).

Det fremkom uenighet i fokusgruppen om hvem som skal ha koordineringsansvaret i ansvarsgruppene. En informant prøvde flere ganger å opplyse at en kan sende søknad til bydelens bestillerenhet, mens en annen informant mente at hennes arbeidsplass ikke kunne fraskrive seg ansvaret når brukeren først kom til dem og trengte ansvarsgruppe. Hun sier ”nei, det kan vi ikke”. Dette er for så vidt riktig (Individuell Plan 2007). Etaten som først kommer i kontakt med en bruker med slike behov skal initiere arbeidet med å utforme IP, men det står ingen steder at en må gjøre det selv.

Her er det mye faglig integritet og ansvarsfølelse hos informanten på vegne av seg selv, og egen etat.

På den ene siden kan dette tolkes som et uttrykk for at en tar på seg for mye ansvar. Her er det en annen etat som kan ta noen av disse oppdragene, bare en søker om det. På den andre siden kjenner ikke informanten til at denne ordningen finnes, og kan derfor ikke benytte seg av den. Det kan synes som om hun derfor har integrert ansvaret de har som helse og sosialarbeidere, og er seg ansvaret bevisst (Individuell Plan 2007). Dermed er det etter mitt syn mangel på oversikt over hva systemet kan bidra med som er problemet, og ikke en innstilling til at en må gjøre alt selv. Utfordringen er å få oversikt over tilgjengelige tjenester som en kan spille på. Å ha tilgang til en eller annen form for informasjonskanal der nyopprettede tjenester blir presentert, kan være en vei å gå for bydel slik at tjenestene blir gjort kjent. Tid er en knapp ressurs, ifølge informantene, og endringer skjer tilsynelatende uten at en kjenner til dette.

Å tørre å ta den lederrollen som ligger i koordinatorrollen kan være en utfordring av mange grunner; være ny og uerfaren, ha for mye å gjøre og ikke orke, få manglende innmelding fra tiltaksnett, ha dårlig samvittighet, ha krevende brukere som setter deg til veggs, ha lite samarbeidsvillige personer i gruppen som unngår å ta på seg referatskriving og andre oppgaver som blir delegert, ha kunnskap om hva som kan delegeres, ha kunnskap om at en ikke trenger å utføre alle tiltakene selv, men kun koordinere (Godeseth, 1991, Veileder 2-2000).

”Kanskje man kunne samarbeidet bedre på tvers av tjenestene. For koordinators jobb er jo å lede møte, å dra møtet, man skal jo ikke lede møtet og skrive referatet samtidig. Det går ikke.”

En vellykket tverretatlig oppfølging fordrer også at koordinator har oversikt over brukerens behov gjennom ulike faser. Dette krever en viss hyppighet og kontinuitet i kontakt. Tid er derfor en faktor som spiller en viktig rolle. For å kunne legge til rette for en tiltakskjede, og et tiltaksnett som fungerer, må man også vite hvor ulike tjenester finnes i det lokale tiltaksnett. Her er det mangler i følge informantene. Det

finnes tjenester som ikke er tatt i bruk. Eksempelvis kan det søkes om koordinator fra bydelen, noe som ikke var kjent for alle informantene. Dermed er det nærliggende å tro at det finnes gode tjenester utøvere kan benytte som ikke blir tatt i bruk på grunn av manglende informasjonsutveksling. En rutine som kan sikre utøvere å få informasjon om nyopprettede tjenester kan være fruktbar. For eksempel kan informasjon på et veldrevet intranett være en vei å gå. Slik kan utøverne raskere ta i bruk nye tjenester, de avlastes og tjenesteflyten kan effektiviseres.

Utøverne var generelt sett opptatt av effektivisering og ressursunyttelse:

”Hvis vi hadde tatt en kartlegging, og brukt tid på det, sett hvem de forskjellige brukerne har rundt seg og hvem som har hjemmetjenester, så hadde det blitt noen treff på at de er dobbeltførte med IP her og der. Da kunne man jo sett om man hadde en IP i vår tjeneste, og en ansvarsgruppe i hjemmetjenesten. På barn har man funnet at det går flere ansvarsgrupper parallelt. Jeg tror ikke at det er så uoverkommelig dersom man vet om hverandre.”

Informantene hadde løsningsorienterte refleksjoner rundt samarbeid på tvers. Det kan synes som om det er ressurser å hente i et mer forpliktende samarbeid mellom etatene på bydelen. Tverretatlige arbeidsgrupper som kan fremme forslag til bedring utfra dagens praksis kan være en slik samarbeidsarena.

4.7.3 Taushetsplikt og samtykke

”Vi skal ikke vite for mye, bare det vi trenger å vite for å kunne samarbeide.”

Samtykke ble ivaretatt med brukerens underskrift på ulike skjema. Informantene var imidlertid noe usikker på om disse skjemaene omfattet samarbeid med spesialisthelsetjenesten. På søknaden om hjemmetjenester var det også standardisert å gi samtykkeerklæring med fastlege og andre samarbeidsinstanser.

I veilederen, som gir retningslinjer til hva Distrikts Psykiatriske Senter (DPS) skal gi av tilbud, kommer det klart frem at koordineringsansvar for grunnleggende behov ligger på kommunalt plan siden dette forvaltningsnivået er ansvarlig for slike tjenester (Veileder 15-1388). Veilederen som omtaler psykisk helsearbeid for voksne i

kommunene begrunner dette med nærhetsprinsippet (ibid.s, 56). Veilederen som omtaler psykososialt arbeid påpeker at personen som planen skal utarbeides for, bør kunne påvirke valget av koordinator (Veileder 2-2000). Dette var informantene uenig i.

”Det blir galt å la pasientene være med å bestemme hvem som skal være koordinator. Min etat opplever et stort press på at de skal være koordinator. Det er fordi at det står i retningslinjene at det ville være naturlig at vi skal være det. Dermed er det på en måte blitt malen. Det er jo slik at den som ser problemet skal initiere arbeidet til IP, men da er det ofte kanskje ikke vi som ser behovet fordi vi ikke har så mye kontakt med brukeren. Da kan det hende at den tjenesten ikke blir utført fordi vi tar på oss koordinatoroppgaven, og de som spør oss ikke vil lage den fordi de mener at vi skal gjøre det. Her er det en svakhet i systemet.”

Informanten fikk støtte fra en av de andre, mens den tredje forholdt seg taus. Igjen er det tid som setter grensene for den brukerkontakt som må til for å kunne koordinere IP og ansvarsgruppen.

I bydelen der undersøkelsen ble gjennomført er det opprettet en samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og bydelen (Veileder 15-1388 s.19). I tråd med de ulike veilederne åpnes det her for at spesialisthelsetjenesten i enkelte tilfeller kan være koordinator med målsetning om at bydelen overtar etter hvert. Likevel, det er ingen tvil i loven om at det er den første offentlige instans som møter en pasient/bruker med langvarige og sammensatte behov som skal initiere både ansvarsgruppe og IP (Individuell Plan 2007, s.14). Valget om å la være å initiere ansvarsgruppe og starte prosessen skal ikke være mulig dersom pasienten har retten til IP og koordinering av tiltak. På bakgrunn av dette synes vanskeligheter med taushetsplikt og manglende innhenting av samtykke relativt meningsløst. Å stange hodet mot veggen med kunnskap om dette vil være ekstra belastende. Dermed er anbefalingen fra Helse og Sosialdirektoratet om felles opplæring på tvers av nivåene enda mer aktuell (Veileder 15-1502).

Videre har ulike tjenesteytere sammenfallende ansvar der lovverkene overlapper hverandre. Dermed kan en fort sitte på hver sitt kontor og regne med at andre etater tar seg av en problemstilling mens bruker opplever at ingenting skjer.

4.8 Engasjement og lojalitet

Det var ikke bare utfordringer som kom frem i gruppesamtalen. Informantenes engasjement på området var påtagelig. De påpekte flere ganger at IP er noe de har stor tro på. En av informantene kalte IP en genistrek:

”Jeg tenker at det ikke er selve den IP som er genistreken, jeg tror at selve genistreken er at folk kommer sammen og prater, og kanskje IP må være en prosess. Kanskje kommer man aldri dit at IP skrives under, men at dialogen rundt planen er det viktigste. Da er det viktig at vi har en felles mal. Spesielt innen rus/psykiatri – disse klientene vil jo være både i 1. og 2. linje, og til tider på forskjellige steder. Jeg håper at felles plan for 1. og 2. linje fortsetter. Oslo kommune skal nå ha en egen plan for hele Osloområdet, men jeg håper at man kan samkjøre seg, og bruke en egen plan som en kan samkjøre. Kanskje kan vi komme så langt.”

Informantene fortalte også om vilje og ønske om å forbedre praksis. De lærte stadig opp nye medarbeidere i psykososialt arbeid uten å miste motet selv med store utskiftninger. En av informantene som jobbet mest med kompetanseheving og store utskiftninger sa:

”Jeg har kjempetro på denne måten å organisere dette arbeidet på.”

Dermed er arbeidet meningsfullt for henne, og trolig bidrar det til at hun fortsetter å lære opp nye på tross av stor turnover internt.

Andre funn var at samarbeidsrutiner på tvers av 1. og 2. linje var initiert og iverksatt om enn med noe motstand. Midler til kompetanseheving var tilført bydel, og kunne komme i gang om ikke så altfor lang tid. Arbeidstidsordninger var i ferd med å ta form slik at utøvere i større grad krediteres for den jobben de gjør. Det var også mye kunnskap bevissthet om ansvar og prosess hos informantene, brukermedvirkning,

ansvar. Det jeg ble mest berørt av var holdningene utøverne hadde til brukerne. En nærhet og aktelse skinte igjennom når bruker ble omtalt som var fin å være vitne til.

5.0 Sammenfatning og konklusjon

I dette kapitlet vil jeg sammenfatte hvordan informantenes uttalelser gir svar på min problemstilling. Jeg har i oppgaven presentere ni hovedkategorier av utfordringer jeg identifiserte gjennom mine data. Kategoriene sto tydelig fram i mitt datamateriale, og lot seg derfor klassifisere. Samlet sett pekte disse kategoriene seg ut som faktorer knyttet til manglende rutiner, manglende felles begrepsforståelse, praktiske utfordringer og tverretattlig samarbeid.

Jeg vil anvende disse overordnede faktorene sett i relasjon til problemstillingen og avslutningsvis drøfte hvilke implikasjoner disse utfordringene kan ha i det daglige arbeidet, både på individnivå og på systemnivå. Det siste er sett opp i mot det veilederne sier er rasjonell og god kvalitetsmessig leveranse av psykososialt arbeid (Individuell Plan 2007, Veileder 2-2000, Veileder 15-1502). Jeg vil også se dette opp i mot tilsynsrapporten omtalt i kapittel 1.7 - ”Et stykkevis og delt tjenestetilbud?”(Statens Helsetilsyn 2006). Denne ga en klar anbefaling til kommunal sektor på hvilke områder psykososialt arbeid måtte forbedres ett år før mine data ble innsamlet. Dette har jeg gjort for å sette mine funn i en samfunnsmessig sammenheng.

Psykososialt arbeid ble innledningsvis avgrenset til å gjelde: IP og ansvarsgruppearbeid innen psykiatri og rus på 1. linje nivå.

Hensikten med oppgaven har vært å finne hvilke utfordringer helse og sosialarbeidere kan oppleve i forhold til koordinering av psykososialt arbeid i ansvarsgrupper og ved bruk av individuell plan.

Hypotesen min var at jeg forventet å finne lite systematisk fokus på praktisk tilrettelegging av ansvarsgruppe og IP- arbeid i de ulike virksomhetene.

5.1 Samsvar mellom hypotese, problemstilling og hovedfunn

Jeg fant at hypotesen stemte godt overens med den virkeligheten jeg mener å ha funnet. Det er store utfordringer i forhold til praktisk tilrettelegging for å drive godt psykososialt arbeid i etatene informantene kommer fra. Det fremkommer riktignok noe variasjon i de ulike etatene, men hovedinntrykket er entydig. Utfordringene informantene står ovenfor er mangfoldige. Jeg er likevel overrasket over graden av utfordringer det viste seg å være for informantene i arbeidshverdagen. Den var betydelig:

Utfordringer i forhold til felles forståelse: For at en skal kunne samarbeide godt på tvers av etater er det generelt viktig å ha en felles grunnforståelse av sentrale begrep. Psykososialt arbeid er intet unntak. Psykososialt arbeid skal sikre kontinuitet i tjenestetilbudet til brukere med langvarige og sammensatte behov gjennom tverretattlig samarbeid (Veileder 2-2000). Mangelen på felles begrepsforståelse kan føre til manglende mandat for ansvarsgruppen, og hindre fremdrift i arbeidet. Det er bekymringsfullt at tre så erfarne utøvere opererer med ulik oppfatning om et så sentralt begrep som begrepet ”ansvarsgruppe” er. Informantene forteller om nyutdannede utøvere som ”*nesten ikke vet hva en individuell plan er*”. Kompetansen er lav i den andre etaten også, og det er derfor holdepunkt for at det er en manglende felles forståelse for psykososialt arbeid på bydelsnivå. Dette kan vanskeliggjøre arbeidet mer enn nødvendig.

IT- systemer: Det ser ut som virksomhetene har en uhensiktmessig bruk av IT-programvare, samt manglende mulighet til elektronisk kontakt på tvers av etater og at dette er en stor utfordring for utøverne. Lite fokus på datatekniske løsninger og muligheter i eksisterende programvare medfører arbeidsbelastning som skaper unødvendig mye stress i en allerede presset sektor. I denne bydelen ser det ut til at IT – systemet er en flaskehals slik veilederen ”..og bedre skal det bli” (15-1502) påpeker ofte er tilfelle i offentlig sektor. At dette kan sies å være en systemutfordring hevder

jeg på bakgrunn av at det her er to sentrale etater som ikke har bydelsdekkende felles mal på IP, og heller ikke kan utveksle informasjon selv om IT-systemet tillater dette.

Utfordringer i forhold til kompetanse og veiledning: Informantene er involvert i kompetanseheving i sine respektive etater, men har ulike mandat. Involveringen består av initiering av kompetanseheving på et noe mer overordnet nivå i den ene etaten, og opplæring av nyansatte i psykososialt arbeid i den andre. Stor turnover gjør det vanskelig å holde tritt med hvem som har fått intern opplæring og hvem som ikke hadde fått det. Utøvernes arbeidsinnsats er derfor lite effektiv, og dette er en utfordring i seg selv. Opplevelsen av å kontinuerlig utføre oppgaver til liten nytte minsker opplevelsen av meningsfullhet og sammenheng (Antonovsky, 2000). En kan miste motet. Et gjennomgående behov for kompetanseheving peker seg ut som et hovedtrekk (en hovedtendens) i hele datamaterialet. Veiledning ble ikke vektlagt like mye.

Fastlegens rolle: Denne er heller ikke klart avgrenset og definert for informantene. Fastlegen er ansvarlig for pasientenes behandling, og skal delta på ansvarsgruppemøter når dette anses nødvendig (Individuell Plan 2007, Veileder 2-2000). I undersøkelsen omtales fastlegen som "*krumtappen*" i pasientens behandling. Informantene forteller om stor innsatsvilje for å tilrettelegge for at han skal kunne delta. I undersøkelsen fremkommer manglende kompetanse om fastlegens ansvar for psykisk helse. Dette er i samsvar med andre undersøkelser som har funnet tilsvarende funn.²⁵ Konsekvensen av dette er alvorlig. Viktige sider ved pasientens helse blir oversett. Fravær av potensielle gode tiltak kan bortfalle, og i en større sammenheng vil dette kunne føre til mindre effektiv bruk av helsetjenester da spesialisthelsetjenesten fort kan bli sittende med medisineringsansvar for pasienter

²⁵ Rapport; "Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser", SINTEF helse, 2006, Rapport, "Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer – sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter", SINTEF helse, 2006

som kan behandles på 1. linje nivå. utfordringene blir større da det tar lengre tid å få avklart spørsmål som kunne vært behandlet i ansvarsgruppemøtet.

Ufordringer i det daglige arbeidet: Det er holdepunkt for at informantene strever på grunnplanen med å gjennomføre og innføre gode rutiner for psykososialt arbeid uten mandat til å gjennomføre systematisk utviklingsarbeid. Informantene gjør likevel så godt de kan, men opplever at de ikke kommer videre uten mer lederinvolvering. De legger ned mye arbeid i å forbedre praksis, men etterlyser rammer, beslutninger og instruksjoner fra leder. Den ene etaten har riktignok innført rutiner på vedtak om psykososiale tjenester, innført tidsrammer og mener kompetanseheving kan komme i gang relativt raskt. Likevel medfører dagens praksis unødvendig store utfordringer slik jeg ser det.

Ledelsesinvolvering: utfordringene som involverer ledelse var mange. Alt fra tekniske systemløsninger til generelle interne rutiner for psykososialt arbeid fremkom som en faktisk utfordring for utøverne. Dette gjaldt eksempelvis konsensus om hva IP og ansvarsgruppe er, hvordan psykososialt arbeid skal gjennomføres og kvalitetssikres samt hvem som skal ha tiltaket. Det mangler et overordnet fokus på dette i begge etater. Den ene etaten har riktignok startet på et systematisk utviklingsarbeid med å innføre registrering av dette, men dette var ikke gjeldende for hele bydelen etter det informantene fortalte. I den andre etaten kunne det virke som om mangel på fokus var gjennomgående. En av informantene ønsket seg en sentralisert bydelsdekkende etat som forvaltet en slik ordning. Manglende rutiner internt og på systemnivå gjør at det psykososiale arbeidet fort blir personavhengig. Informantene ønsker at lederne kommer mer på banen, og tar beslutninger om hvordan arbeidet skal vektles og utføres på flere områder. Eksepler på dette er; hvilken mal som skal brukes på IP, hvordan IP skal lagres, opplæring av nyansatte og nye koordinerende utøvere, IP- prosessen og felles registrering av koordinator og ansvarsgrupper. Mangelen på dette gjør at utøverne må ta stilling til mer enn nødvendig i det daglige. Sammenfattet kan det synes som om fokus på praktiske,

individuelle og systemmessige løsninger og rutiner på feltet er for lav fra ledelsen internt og på bydelsnivå.

Brukermedvirkning: I forhold til reell brukermedvirkning forutsettes fokus på system- og individnivå parallelt. Fokusgruppen mente at her er det varierende praksis. Samarbeidende etater kan ikke nok om det kontinuerlige prosessarbeidet som skal ligge i IP arbeidet. Dette gjelder også andre utøvere i tilhørende og egen virksomhet. Siden IP skal ha høy grad av medvirkning er dette i strid med intensjonene fra nasjonalt hold (Individuell Plan 2007) Brukeren skal ha en sentral rolle i utformingen av tjenestene og planarbeidet, og dette skal det legges til rette for i helse- og sosialetatlig virksomhet.

Taushetsplikt og samtykke: Taushetsplikt ble lite eksplisitt omtalt i undersøkelsen. Det fremkom en utfordring i forhold til informasjonsutveksling der utøver hadde blitt utsatt for boikott og kjeft da hun prøvde å gjøre noe med rutiner mellom spesialisthelsetjenesten og bydel. Dette viser at det er behov for mer samarbeid på ledernivå. Informasjon om hva som blir besluttet til alle ansatte må være en del av det hele for at dette skal kunne ha effekt. Samtykke var ofte bakt inn i ulike søknadsskjema som blir brukt rutinemessig. Likevel er dette et felt som trenger mer oppmerksomhet da utøverne opplever å møte motstand når relevant informasjon etterspørres. Det henvises til taushetsplikt som årsak til restriktiv utlevering av personlige opplysninger, men dette kan rutinemessig ordnes i forkant av overganger fra spesialisthelsetjenesten til bydel. Samtykke kan tidlig i sykehusoppholdet formaliseres, og dermed er dette intet godt argument. Det synes å være manglende rutiner, og kanskje en rigid praksis fra 2. linjen som hindrer samarbeidet. I mindre grad virker det som om det er muligheten for å få dette til som hindrer bedre samarbeid. Informantene i den ene etaten fremhevet dette som en stor utfordring i tverretatlig samarbeid.

Tverretatlig samarbeid: Informantene forteller at de opplever koordinatorrollen som tidkrevende når rutiner og samarbeidsprosedyrer ikke er tilrettelagt. Koordinatorrollen er stor og omfattende, og informantene forteller om kollegaer som er usikre på hva

ansvaret består av. Denne usikkerheten går ikke nødvendigvis på selve oppgavene, men snarere på delegering. Utøverne blir sittende med en større del av arbeidet enn nødvendig når det er uklart hva som kan delegeres og ikke. Dette gjør at koordinatoroppgaven er en oppgave som fort kan bli forsøkt unngått fordi den blir sett på som belastende. Å skyve ansvar frem og tilbake over bordet er en belastning både for bruker, øvrige møtedeltakere og koordinator i ansvarsgruppen. Her trengs et tverretatlig kompetanseløft som gir koordinator mulighet til å delegerer oppgaver uten å måtte diskutere dette i eller utenfor møtet. Taushetsplikten var også en utfordring i tverretatlig arbeid som nevnt i forrige punkt.

Engasjement og lojalitet: Selv om utfordringene var mange var informantene positivt innstilt til psykososialt arbeid. De hadde stor tro på psykososialt arbeid, og hadde ikke mistet motet. Alle tre var samstemte her. De ønsker velkommen tiltak som kan bedre situasjonen, og de er interessert og engasjert i tema. Grunnlaget for dette kan ses i sammenheng med Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng og meningsfullhet. Utøverne opplever at tanken bak den måten å organisere psykososialt arbeid i utvidet forstand er fornuftig, og kan tjene hensikten. De opplever det meningsfullt å skulle øke brukermedvirkning og å få bedre rutiner på planlegging og evaluering av tiltak slik psykososialt arbeid slik det er definert innledningsvis er ment å legge til rette for. Dette er et godt utgangspunkt for videre utvikling og forbedringsarbeid på feltet.

5.2 Anbefalinger for bedre praksis

Sammenfattet besto utfordringene i: Manglende kompetanse om hva koordinatorrollen består av, koordineringskompetanse, delegeringskompetanse, tid til å øke brukermedvirkning og kompetanse om dette, fastlegens rolle, rutiner og registrering for lagring og distribuering av informasjon, registrering av hvem som har IP og ansvarsgruppe samt hvem som er koordinator i de ulike gruppene og IP`ene.

Informantene ble selv overrasket over funnene, og foreslo selv tiltak for å bedre situasjonen i intervjuet. Jeg har derfor valgt å presentere informantenes

løsningsforslag, og supplerer med egne forslag på bakgrunn av redegjørelsen ovenfor. Det bør vurderes om noen av de følgende tiltak kan settes i verk etter min mening:

Fokus på kompetanseheving i bydel slik at arbeidet blir satt bedre i system kan bidra til bedre ressursutnyttelse, og mindre slitasje for utøverne. At dette er et viktig område støttes av gjeldende veiledere utgitt av Helse og Sosialdirektoratet (Veileder 2-2000, veileder 15-1402) Opplæring bør settes i gang, og utøvernes positive innsats på området må få den oppmerksomhet den fortjener. Ut i fra det informantene forteller er det et høyt bevissthetsnivå rundt dette, men det blir ikke lagt nok merke til. Veiledning bør også initieres.

Det bør nedsettes arbeidsgrupper på tvers av etatene for gjennomgang av virksomhetenes rutiner og prosedyrer. Deres innstilling bør gjennomgås, og gode løsninger innføres. Løsningene bør være av en slik art at de effektiviserer praksis, og gir mandat til å bruke den tid det tar for å øke brukermedvirkning.

Det kan med fordel innføres en opplysningskanal mellom ulike etater som gjør at nye sentrale tjenester kan tas i bruk Dette kan avlaste utøverne.

Økt lederfokus på funksjonell bruk av IT-løsninger internt og på tvers av etatene. Det kan være fornuftig å opprette en arbeidsgruppe av nyutdannede og erfarne utøvere som sammen kan se på hva som konkret bør gjøres. De kan utarbeide et forslag som bør behandles tverretattlig på ledernivå. Spesialisthelsetjenesten og opplæringsetaten bør også involveres i dette. Dette kan føre til at epikriser, IP, innkallinger og referater kan sendes elektronisk mellom etatene. Etikken i dette må det selvsagt være bevissthet rundt. Leder bør også sørge for at interne rutiner blir utarbeidet, og innføre disse systematisk. Med enkle grep kan det besluttes hvordan IP skal lagres, og hvor ansvarsgruppen og koordinator skal registreres i datasystemet. I veilederen (15-1502) heter det at leder skal innføre gode styringssystemer (inkludert IT) for samhandling, forbedring og kunnskapshåndtering. Datasystemene må være kompatible på tvers av tjenester og nivåer slik at de kan brukes til å samordne tjenestetilbudet til brukerne. Dette bør også være en del av en eventuell kompetansehevingsplan.

Sammenfattet kan det synes som om økt fokus på praktiske, individuelle og systemmessige intervensjoner fra ledere kan føre til positive endringer.

5.3 Anbefalinger for videre forskning og utviklingsarbeid

Psykososialt arbeid er et satsningsområde og en viktig del av helse- og sosialfaglig arbeid i kommunene.²⁶ På grunnlag av mitt materiale kan det tyde på at nyutdannede helse- og sosialarbeidere mangler kompetanser på viktige tema innenfor psykososialt arbeid som IP og ansvarsgruppearbeid. Det bør tas en gjennomgang av fagplaner og innhold i utdanningen for å sikre at disse elementene er ivaretatt.

Et større fokus på hvordan en på best mulig måte kan utveksle informasjon synes fornuftig da det fremkom vansker i kommunikasjon mellom koordinator og fastlegene også.

NAV arbeid og NAV Trygd takket nei til å delta: Grunnivningen var at de ikke kunne se at de har en viktig rolle i ansvarsgrupper eller ved utarbeidelse av Individuell Plan. Dette mener jeg er uriktig. I føringer fra nasjonalt hold og gjeldende lover og rundskriv utgitt av helse og sosialdirektoratet, og styrende dokument for arbeid velferdsetaten fremkommer det at offentlige tjenesteytende etater har et pålagt ansvar å delta i ansvarsgrupper til de som trenger koordinerte tjenester.²⁷ En kartlegging av ett større antall bydeler og kommuner av hvordan pålegget praktiseres ville kunne være hensiktsmessig for å forbedre praksis.

²⁶ St.prp. nr 63 (1997-98). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006

²⁷ LOV-2006-06-16-20, Lov om arbeid og velferdsforvaltningen (arbeid og velferdsfovaltningensloven (2006-07-01), St.t meld.nr.25 (2005-2006), www.lovdata.no, St.t. meld 21 (1998-99) Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk” Helse- og omsorgsdepatementet, www.regjeringen.no, St.t.prp. nr. 46. Ny arbeid og velferdforvaltning - Det kongelige Arbeids og Sosialdepartement (2004-2005, s.71) www.regjeringen.no

Det som først og fremst slår meg når jeg skal oppsummere er den positive innstillingen informantene hadde til psykososialt arbeid. Hvor kommer den fra? Er dette et uttrykk for informantenes kompetanse og at de ser at andre ikke kan like mye som dem, men at potesialet ligger i metoden?

Det fremkom i datagrunnlaget at en nyutdannet utøver kan bli tildelt koordinatoroppgaver uten å vite hva dette innebærer. Dette vil påvirke brukerens tjenestetilbud. Hvor ofte skjer dette?

5.4 Konklusjon

I min studie har jeg funnet samsvar mellom flere punkt i tilsynsrapporten utgitt av Statens Helsetilsyn.²⁸ Datagrunnlaget mitt ble hentet inn to år etter at dette tilsynet ble gjennomført, og uten at jeg kjente til denne rapporten.

Det har skjedd noe, men det er fremdeles en vei å gå før Helsetilsynets anbefalinger og pålegg er oppfylt.

²⁸Rapport fra Helsetilsynet 3-2003, "Et stykkevis og delt helsetilbud?" Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester. (Helsetilsynet – tilsyn med sosial og helse)

Kildeliste

- Andreassen, A.T. (2005): ”Brukermedvirkning i helsetjenesten . Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser” Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS
- Antonovsky, A. (1979): “*Health, stress and coping. “New perspective on mental and physical well-being.”* Washington, Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (2000): “*Helbredets mysterium*” København, Hans Reizels forlag
- Befring, E. og Tangen, R. (red) Lassen, L. I (2004):”*Spesialpedagogikk*” –” *Empowerment som prinsipp og metode ved spsialpedagogisk rådgivningarbeid*” (side 142-154), Oslo, J.W. Cappelen Forlag as
- Berneler, G. Cajvert, L. Johnsson, L. og Lindgren, H.(1999): ”*Psykososialt arbeid – Ideer og metoder*” Gyldendal Norsk Forlag AS
- Carney,J. Donovan, R;Yurdin, M. Starr, R.m.fl (1993): “*Incidence of burnout among New York City intensive case managers*” Apr, side 25-38, Psychosocial Rehabilitation Journal Vol 16(4)
- Dalen, M., (2004): ”*Intervju som forskingsmetode- en kvalitativ tilnærming*” Otta, Universitetsforlaget
- Egeberg, S. m fl.(1987):”*Utviklingspsykologiske teorier, - en innføring av Sonja Egeberg, John Halse, Ann Joy Janassen, Espen Jerlang, Suzanne Ringstedt og Birte Wedel-Brandt*” Oslo, Gyldendal Norske Forlag
- Ekeland, T.J. Heggen, K. (2007): ”*Meistring og myndiggjering – Reform eller retorikk*” Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS
- Endrerud, T.(1990): ”*Ansvarslæring*” Oslo, Universitetsforlaget AS
- Freire P. (1974): ”*De undertryktes pedagogikk*” Gjøvik, Gyldendal Norske Forlag
- Godeseth, M. Ogden, T. I (1991):”*Ansvarsgruppearbeid som metode og virkemiddel*” Spesialpedagogikk 8/1991 (side. 25)
- Godeseth, M.(1991): ”*Ansvarsgruppearbeid som metode og virkemiddel*” Spesialpedagogikk 8/1991
- Halkier, B. (2002): ”*Fokusgrupper*” Gylling, Forlaget Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag
- Holter, H., Kalleberg, R.(red).(1996): ”*Kvalitative metoder i samfunnsforskning*” Gjøvik, Universitetsforlagets Metodebibliotek
- Imsen, G. (1991):”*Elevens verden - Innføring i pedagogisk psykologi*” Otta, Tano A,S,

-
- Kvale, S. (1997): *"Det kvalitative forskningsintervju"* Gjøvik, Ad Notam Gyldendal AS
- Lazarus, R. S. (2006): *"Stress og følelser – en ny syntese"* København, Akademisk Forlag i Bonnier Forlagene A/S,
- Mogstad, M. (2005): *"Fattigdom i Stor-Oslo regionen- En empirisk analyse"* Kongsvinger, Statistisk sentralbyrå
- Morgan, D.L. (1998): *"The Focus Group Guidebook"* California, Sage Publications, Inc
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006): *"Fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006. Insititusjonsresultater, Alna DPS"* Oslo, Juni
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006): *"Fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006. Insititusjonsresultater, Psykiatrisk Senter Asker"* Oslo, Juni
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006): *"Fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006. Insititusjonsresultater, Psykiatrisk Senter Bærum"* Oslo, Juni
- Norhaug, O. m.fl. (1990): *"Strategisk personal ledelse – menneskelige ressurser i omstilling"* Otta, Tano A.S
- Ruud, T. og Reas, D. (2002): *"Distriktpsikiatriske sentere, tjenestetilbud og brukertilfredshet. Status og variasjon 2002"* Sintef Unimed
- "Samarbeid over grensene - organisering av omsorg for mennesker med psykiske lidelser - Erfaringer fra forsøksvirksomhet i kommuner og fylkeskommuner 1991-1995"* (1995): Temahefte 4. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.
- Sandbæk, M. (red) Nordahl, T. I (2001): *"Fra mottaker til aktør – Brukernes plass i praktisk og sosialt arbeid og forskning"* (side 129-151), Gjøvik, Gyldendal Norske Forlag AS
- Schaedle, R. W., Epstein, I. (2000): *"Specifying intensive case management: A multiple perspective approach"* *Mental Health Services Research* Vol 2 (2), Jun, 95-105, PsycINFO Database Record (c) 2008 APA, all rights reserved,
- Stang I. (1998): *"Makt og bemyndigelse - om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor"* Oslo, Universitetsforlaget AS
- Tveiten, S. (2007): *"Den vet best hvor skoen trykker... - om veiledning i empowermentprosessen"* Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Ådnanes, M. og Bjørngard, J.H. (2006): *"Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser"* Rapportnr, A 230, SINTEF helse

LOVER OG FORSKRIFTER

- FOR-2004-12-23- 1837, Forskrift om individuell plan. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. (2004-12-23) www.lovdatab.no
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) Otta, Gyldendal Norske Forlag AS, 2006
- LOV-2006-06-16-20 Lov om arbeid og velferdsforvaltningen (arbeid og velferdsfovaltningensloven) (2006-07-01) www.lovdatab.no
- LOV-2005-06-17 Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) (2005-06-07) www.lovdatab.no
- LOV- 2006-12-99 Endringslov til pasientrettighetslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse) (2006-12-22) www.lovdatab.no
- LOV- 2000-04- 24-41, Personopplysningsloven- popplyl.- Lov om behandling av personopplysninger (2001-01-01) www.lovdatab.no
- LOV-1999-07-02-63 Pasientrettighetsloven - pasrl. Lov om pasientrettigheter. (pasientrettighetsloven). 1999-07-02 www.lovdatab.no
- LOV-1999-07-02-62 Psykisk helsevernloven, phlsvl. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). 1999-07-02 www.lovdatab.no
- LOV – 1999-07-02-61 Spesialisthelsetjenesteloven -sphlsl. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m, 1999-07-02 www.lovdatab.no
- LOV-1991-12-13-81 Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) (1991-12-13) www.lovdatab.no
- LOV- 1982-11-19-66, Kommunehelsetjenesteloven – khl - Lov om helsetjenestene i kommunene (1982-11-19-) www.lovdatab.no

RAPPORTER, STATLIGE FØRINGER OG VEILEDERE

- Anderson, H.W. (2006): *”Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer – sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter”* Rapportnr. A 205, SINTEF helse http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/SINTEF_A205_Fastlegen_og_pasienter_med_psykiske_problemer.pdf
- NOU 1998:18 (1998): *”Det er bruk for alle - Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.* Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet
- NOU 2005:3 (2005): *”Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste”* Oslo, Helse og omsorgsdepartementet
- Rapport fra Helsetilsynet 3-2003 (2006): *”Et stykkevis og delt helsetilbud?” Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne*

personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester.” Februar
http://www.helsetilsynet.no/templates/Document_7912.aspx

- St.t. meld. nr. 21 (1998 - 99): ”*Ansvar og meistring: Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*”
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19981999/Stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037&showdetailedtableofcontents=true>.
- St.meld. nr.25 (2005-2006): ”*Mestring, muligheter og mening- Framtidas omsorgsutfordringer*” Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFS.pdf>
- St.t. meld. nr. 25, (1996-97): ”*Mot åpenhet og helthet - Om psykisk helse og tjenestetilbudene*” Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- St. meld. nr.34, (1996-97): ”*Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*” Oslo, Arbeids og Inkluderingsdepartementet
http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-34_1996-97.html?id=191142&showdetailedtableofcontents=true
- St.meld. nr 25 (1996-97): ”*Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*” Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086
- St.prp. nr. 46.(2004-2005)(2005): ”*Ny arbeid og velferdforvaltning* ” Oslo, Det kongelige Arbeids og Sosialdepartement
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STP/20042005/046/PDFS/STP200420050046000DDDPDFS.pdf>
- St. prp. nr 63 (1997-98)(1998) : ”*Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006*” Endringer i Statsbudsjettet for 1998 (Kap. 4)
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/Stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>
- Veileder 15-1253 (2007):”*Individuell Plan 2007, Veileder til forskrift om Individuell Plan*”, 12/2007, Sosial- og helsedirektoratet (IS-1253NY)
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00027/IS-1253NY_27349a.pdf
- Veileder 15 – 1502 (2007):”*Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ...og bedre skal det bli! - Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten*” Oslo, Sosial- og helsedirektoratet (IS –1502)
- Veileder 2-2000, (2000):”*Koordinering av psykososialt arbeid – for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser.*” Oslo, Sosial- og helsedirektoratet (IS-2692)
- ”*Veileder til forskrifter om individuell plan for psykisk helse (voksne)- verktøy for planlegging og samhandling*” SINTEF helse
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/Individuell_plan_for_2405a.pdf
- Veileder 15 -1332, (2005):”*Psykisk helsearbeid i kommunene- beskrivelse av fagfeltet, råd og veiledning, overordnede rammer*” Oslo, Sosial- og helsedirektoratet (IS-1388)

Veileder 15-1388, (2006):” *Psykisk helsevern for voksne – med blikket vendt mot kommunene, og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*” Oslo, Sosial- og helsedirektoratet (IS-1388) http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1388_11512a.pdf

Internettkilder

<http://www.dokpro.uio.no/ordboksoek.htm>, Bokmålsordboken 2005 (12.12.2008)

www.felleskatalogen.no: (15.11.08) søkeord- metadon/rekvireringsregel

1. VEDLEGG

Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Innledning: Velkommen, navnerunde, taushetsplikt, anonymisering, godkjenning av intervjuet – gjennomlesning, frivillighet.

Kjenner dere til veilederen som er gitt ut av Sosial- og helsedirektoratet om psykososialt arbeid? Har alle sett denne? (Beskriver koordinering av psykososiale tjenester)

1. ANSVARSGRUPPE

Hva er en ansvarsgruppe?

Etter deres mening; hva er forskjellen på en ansvarsgruppe, og et samarbeidsmøte?

I forhold til pasientene/brukerne blir det ofte opprettet en ansvarsgruppe.

Hva er det som gjør at en starter en ansvarsgruppe?

Har du noe tak på på hvor mange koordinatoroppgaver en person kan ha i din tjeneste? Hvor mange brukere man kan være koordinator for?

Hva gjorde dere før IP?

Ansvarsgruppen som beslutningsorgan:

Opplever dere at dere kan vedta eller få tatt avgjørelser i ansvarsgruppe. At gruppen er en beslutningsarena?

2. Individuell plan

Hva skal være med i en individuell plan?

Hvordan er det med tilgjengeligheten til den individuelle planen?

Hvor lenge pleier de å gjelde ca?

Opplyser dere om pasienter som blir henvist til sykehuset har en individuell plan/ansvarsgrupper?

Hvordan fungerer Individuell Plan? Er de aktivt i bruk i oppfølgingen?

Skriver dere den sammen med brukeren?

Er det noen som sjekker ut at IP`ene blir fulgt opp etter ansvarsgruppen er overlatt til koordinator?

3. Taushetsplikt, samtykke og informasjonsflyt

Mange mener at taushetsplikten er til hinder for et psykososialt samarbeid.

Hvordan oppleves taushetsplikten i det daglige arbeidet for dere?

Hva er den største utfordringen i forhold til utveksling av informasjon?

Får dere den informasjonen dere trenger for å utføre jobben dere skal gjøre?

Hvilke (eventuelle) mangler er det ?

Hvilken informasjon trenger/savner dere fra spesialist helsetjenesten?

Får dere vite når pasienter skrives ut eller inn av sykehuset?

Opplever dere at dere mister oversikt over hvor pasienter er når de er dårlig?

Bruker dere samtykkeerklæring?

4. IT-systemer

Hvordan fungerer datasystemet i forhold til IP og ansvarsgruppe?

Felles IP-maler internt?

Felles IP- maler i bydelen?

Kan dere sende IP og referat/innkallinger elektronisk?

5. Praktisk tilrettelegging/utfordringer ²⁹ (Stikkord)

Hva er erfaringene deres med det praktiske arbeidet rundt IP og ansvarsgrupper?

Hvordan burde IP og ansvarsgrupper være registrert?

Hva er de største praktiske utfordringene?

Opplever dere at ansvarsoppgaver som delegeres blir utført?

²⁹ **Stikkord:** Innkallinger, referatskriving, koordinator - funksjon, fordeling av ansvar, møtstruktur.. lengde på møtene – bestemt på forhånd? Legene til stede/ pasient til stede? Frustrasjoner? Hva fungerer/ hva fungerer ikke?

6. Koordinatorrolle

Hvordan blir koordinator valgt ut?

Hva er koordinators oppgave?

Brudd i behandlingsrekken, innleggelse, utskrivning, andre hjelpebehov... – får koordinator beskjed?

7. Brukermedvirkning

Hvordan jobbes det med brukermedvirkning slik dere oppfatter det?

Et av kravene som står i rettlederen er at pasienten skal være med på å utarbeide sin egen plan. Hvordan fungerer dette?

I veilederen om IP står det at pasienten skal være med å bestemme hvem som skal være koordinator – hvordan opplever dere dette?

8. Veiledning

Har dere noen form for veiledning i IP eller ansvarsgruppearbeid?

9. Fastlegens rolle

Deltar fastlege i ansvarsgruppene? Får de IP?

(Tusen takk for oppmerksomheten!)³⁰

³⁰ Stikkord: Utsending av intervju til godkjenning, mail- adresser, navn