

Individuell plan og samhandling

En studie om hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten erfarer individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandling.

Kari Mette Dukefoss Holte



MASTEROPPGAVE I SYKEPLEIEVITENSKAP

Det medisinske fakultet

Institutt for helse og samfunn

Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

November 2014

© Kari Mette Dukefoss Holte

2014

En studie om hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten erfarer individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandling.

Kari Mette Dukefoss Holte

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Kari Mette Dukefoss Holte	Dato: November 2014
Tittel og undertittel: Individuell plan og samhandling. En studie om hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten erfarer individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandling.	
Sammendrag: Hensikt: IP beskrives som en metode og prosess hvor formålet er å bidra til at pasienter får et helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud, og for å styrke samhandlingen mellom pasient og tjenesteyter og samhandlingen mellom etater innen og på tvers av ulike forvaltningsnivåer i helse- og omsorgstjenesten. Hensikten med studien er å utforske hvordan sykepleiere som er koordinatører for individuell plan i kommunehelsetjenesten, erfarer IP som arbeidsmetode for å fremme samhandling mellom aktører i helse- og omsorgstjenestene. Problemstilling: Hvordan erfarer koordinatører individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandling mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten? Rammeverk: Studien tar utgangspunkt i litteratur, lovgrunnlag og kunnskap som omhandler individuell plan og samhandling. Begrepene samhandling og individuell plan ses i sammenheng med det som internasjonalt omtales som integrated care og integrated care models, og de skandinaviske ekvivalentene til individuell plan. Metode: Studien er kvalitativ og kvantitativ, men med hovedvekt på den kvalitative metoden. For innsamling av data er det brukt et kartleggingsskjema som informantene besvarte skriftlig, før det ble gjennomført seminstruerte intervjuer med åtte sykepleiere. Analysemetoden er en stegvis-deduktiv - induktiv metode (SDI). Resultater: Hovedelementene kommer frem i fem kategorier; trekker i trådene, koordinatorrollen – en selvstendig rolle, betydningen av god kjennskap og relasjon til pasient/bruker, organisatoriske forhold og de viktige ansvarsgruppemøtene. Koordinatorrollen ble beskrevet som en viktig funksjon i IP-arbeidet og for å fremme samhandling. God relasjon til pasient og bruker ble vektlagt. Ved at IP og koordinatorrollen er lovpålagt, og det at IP er et skriftlig dokument, ble erfart som tydelige forpliktelser for informantene, og en fremmer for samhandling. Flere organisatoriske forhold ble beskrevet som hemmende ved IP. Det var forhold knyttet til mangel på forankring, behov for felles systemer og prosedyrer for opplæring og veiledning for alle tjenesteytere, og informasjon om IP på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer, samt felles dokumentasjon i form av elektronisk IP. Konklusjon: Resultatene viser at informantene mener individuell plan – slik den beskrives i lov og forskrift – har flere elementer i seg som bidrar til å fremme samhandling i helse- og omsorgstjenestene. Hvordan kommunene har organisert arbeidet med individuell plan kan indikere å være hemmende for samhandlingen. Det synes å være behov for bedre forankring av IP i ledelsene i kommunene og bedre systemer og prosedyrer for opplæring og veiledning av koordinatører og andre tjenesteytere, samt bedre strukturer for samhandling mellom og på tvers av tjenester for å oppnå intensjonene med individuell plan som en fremmer for samhandling i helse- og omsorgstjenestene.	
Nøkkelord: Individuell plan, samhandling, koordinering, integrated care og integrated care models	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Kari Mette Dukefoss Holte	Date: November 2014
Title and subtitle: Integrated care models and integrated care. A study of how nurses in the municipality health service experiences integrated care models as a working method to promote integrated care.	
Abstract: Purpose: IP is described as a method and process in which the objective is to contribute to patients getting a comprehensive, coordinated and customized service, to strengthen the interaction between patient and service provider, and the interaction between departments within and across different administrative levels in the health- and care service. The purpose of the study is to explore how nurses that are coordinators for integrated care models in the municipality health service, experience IP as a working method to promote interaction between operators in the health- and care services. Research question: How do coordinators experience integration care models as a working method to promote integrated care between operators in the health- and care service? Framework: The study is based on literature, legislative basis and knowledge concerning integration care models and integrated care. Method: The study is qualitative and quantitative, but with emphasis on the qualitative method. For data collection is a mapping form that the informants answered written used, before semi structured interviews with eight nurses were conducted. The method of analyzing is a gradually- deductive - inductive method. Results: The main elements appear in five categories; pulling the strings, the coordinator role – an independent role, the meaning of good knowledge and relationship to the patient/user, organizational relationship and the important responsibility group meetings. The coordinator role was described as an important function in the IP-work and to promote integrated care. Good relationship with the patient and user was emphasized. The fact that the IP and coordinator role is legally required, and IP being a written document, was experienced as obvious obligations for the informants, and a promoter for integrated care. Several organizational conditions were described as inhibiting through IP. There were conditions related to a lack of anchoring, needs for common systems and procedures for training, guidance for all service for all service providers, and information about IP across services and administrative levels, as wells common documentation in the form of electronic IP. Conclusion: The results show that the informants meant that integrated care models – the way it is described in laws and regulations – have several elements that contribute to promoting integrated care in the health- and care services. How the municipalities have organized the work with integrated care models may seem to be inhibiting for the integrated care. There seems to be a need for better anchoring of IP in the management of the municipalities and better systems and procedures for training and guidance of coordinators and other service providers, as well as improved structures for integrated care between and across services to achieve the intentions with integrated care models as a promoter for integrated care in the health- and care services.	
Key words: Coordination, integrated care and integrated care models	

INNHALDFORTEGNELSE

1 INNLEDNING	5
1.1 Introduksjon	5
1.2 Bakgrunn for studien	6
1.3 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	8
1.4 Presisering av sentrale begreper	9
1.5 Strukturen i oppgaven	10
2 SENTRALE FØRINGER RELATERT TIL INDIVIDUELL PLAN	11
2.1 Bakgrunn for innføring av individuell plan	11
2.2 Lovgrunnlag for individuell plan	12
2.2.1 Lovgrunnlag for kommunenes ansvar for individuell plan	13
2.2.2 Lovgrunnlag for koordinator	13
2.2.3 Helsepersonell sin plikt og ansvar i arbeidet med individuell plan	14
2.3 Nasjonale føringer relatert til individuell plan og samhandling	14
3 SAMHANDLING OG MODELLER FOR SAMHANDLING	16
3.1 Samhandlingsbegrepets mange fasetter	16
3.1.1 Integrated care	18
3.2 Modeller for samhandling	20
3.2.1 Individuell plan – den norske modellen	20
3.2.2 Skandinaviske modeller	37
3.2.3 Internasjonale modeller	38
4 METODE	41
4.1 Design og metode	41
4.2 Setting for studien	43
4.3 Rekruttering og utvalg	43
4.4 Datainnsamling	45
4.4.1 Kartleggingsskjema	45
4.4.2 Intervjuguide	46
4.4.3 Pilot	46
4.4.4 Gjennomføring av intervjuene	47
4.5 Forskningsetiske vurderinger	49
4.5.1 Informert samtykke og konfidensialitet	49
4.5.2 Konsekvenser	50
4.5.3 Refleksjon rundt egen rolle	50
4.6 Analyse.....	52
4.6.1 Transkribering	52
4.6.2 Analyseprosedyre	53

5	RESULTATER	56
5.1	Bakgrunnsinformasjon om informantene	56
5.2	Organisering av individuell plan i kommunene	57
5.3	Resultater i intervjuene	60
5.3.1	”Trekker i trådene”	60
5.3.2	Koordinatorrollen – en selvstendig rolle	62
5.3.3	Betydningen av god kjennskap og relasjon til pasient/bruker	64
5.3.4	Organisatoriske forhold	66
5.3.5	De viktige ansvarsgruppemøtene	70
5.4	Oppsummering av resultater	73
6	DISKUSJON	74
6.1	Diskusjon av funn	74
6.1.1	Organisering av individuell plan i kommunene	74
6.1.2	Koordinatorrollen	78
6.1.3	Fremmere og hemmere for samhandling	82
6.2	Diskusjon av metode	88
7	KONKLUSJON OG VIDERE FORSKNING	92
	REFERANSELISTE	95

VEDLEGG OG TABELLER

VEDLEGG:

Vedlegg 1: Kartleggingsskjema	103
Vedlegg 2: Intervjuguide	105
Vedlegg 3: Svar fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste	107
Vedlegg 4: Søknad om å benytte kommuner som forskningsfelt	109
Vedlegg 5: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt	111
Vedlegg 6: Samtykkeerklæring	113

TABELLER:

Tabell 1: Eksempler på koder	54
Tabell 2: Eksempler på koder og kategorier	55
Tabell 3: Informantenes arbeidserfaring som sykepleier, arbeidserfaring med individuell plan og antall brukere/pasienter informantene er koordinator for	56
Tabell 4: Organiseringsfaktorer rundt arbeidet med individuell plan i kommunene	57
Tabell 5: Antall individuelle planer i kommunene, antall personer med koordinatoransvar i kommunen og antall sykepleiere med koordinatoransvar	58

KAPITTEL 1 INNLEDNING

I dette kapitlet introduseres først studiens tema – individuell plan og samhandling – og bakgrunnen for valg av dette tema. Deretter presenteres studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål. Det gis en presisering av sentrale begreper i studien og til slutt redegjøres det for strukturen i oppgaven.

1.1 Introduksjon

Nasjonalt og internasjonalt beskrives det å bedre samhandlingen og koordineringen mellom helse- og omsorgstjenestene som et sentralt og viktig anliggende for helsemyndighetene, og som en hovedutfordring for å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte og helhetlige tjenester, og på de store samfunnsøkonomiske utfordringer (Andersson, Ahgren, Axelsson, Eriksson og Axelsson, 2011; Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesø og Brender 2011; Gröne og Garcia-Barbero, 2001; Kodener og Spreeuwenber, 2002; Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015); St.meld.nr. 47 Samhandlingsreformen, 2009). Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er – i likhet med andre Vest - europeiske land – i stor endring. Det blir flere eldre og flere personer med kroniske og sammensatte sykdomsbilder, som utgjør en gruppe med store behov for tjenester fra ulike helse- og omsorgsnivåer og dette fordrer også et økende behov til samhandling (Gröne et al, 2001; St.meld.nr. 47, 2009).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har gitt føringer om at det skal settes økt fokus på bedre koordinering av helsetjenester (WHO, 1998, 2001 og 2004). Helsereformer og nyorganiseringer av helse- og omsorgstjenestene i den vestlige verden har gjennom flere år lagt mer vekt på å utvikle bedre koordinerte og integrerte behandlingstilnærminger (Gröne et al, 2001; Kodener et al, 2002; Leichsenring, 2004). Dette har også skjedd i Norge ved at blant annet individuell plan og senere Samhandlingsreformen ble innført.

Internasjonal forskning viser at modeller og tiltak for bedre koordinering og samhandling er blitt initiert og etablert hovedsaklig på lokalt nivå og som prosjekter, mer enn som permanente tjenester (Leichsenring, 2004). I Norge ble en annen tilnærming valgt, ved at individuell plan ble lovregulert i 2001 (www.lovddata.no). Individuell plan (IP) ble innført som

et "samhandlingsverktøy" og beskrives som en metode og prosess hvor formålet er å bidra til at tjenestemottakeren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og for å styrke samhandlingen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter og samhandlingen mellom etater innen og på tvers av ulike forvaltningsnivå (Helsedirektoratet, 2014).

Sentrale føringer relatert til individuell plan utdypes i kapittel 2, og individuell plan beskrives i kapittel 3, punkt 3.2.1.

1.2 Bakgrunn for studien

Min interesse for å forske på individuell plan og samhandling har vokst frem gjennom flere års arbeid i administrativ stilling i en fagavdeling innen rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå. Samhandling og IP har – slik jeg har erfart det - vært i stort fokus innen helsetjenesten gjennom flere år. Nasjonale myndigheter har på en rekke ulike måter informert og stimulert fagfolk og ledere i helse- og omsorgstjenestene til å anvende individuell plan. Det ble innført en egen helsereform om samhandling i 2012 og samtidig med denne reformen ble lovbestemmelsene om IP ytterligere utdypet i "nytt" lovgrunnlag. Intensjonene med innføringen av individuell plan bærer med seg en rekke optimistiske lovnader for en bedre pasienttilnærming, og bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene. Til tross for myndighetenes intensjoner og deres "offensiv" for arbeidet med samhandling og IP, er tilbakemeldingene fra pasienter, brukere, pårørende og tjenestene selv at samhandling fortsatt er et stort problem og en utfordring (St. meld. nr. 47, 2009).

Forskning og nasjonale undersøkelser viser at interessen for å bruke IP har vært lav eller moderat blant fagfolk (Bjerkan et al, 2011; Helsetilsynet, 2007.). Forskning viser også at det er 0,5 % av befolkningen som har IP, i motsetning til en forventning på 3 % (Bjerkan et al, 2011). I tillegg er individuell plan fremdeles lite kjent blant pasienter, viser Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten fra 2012, der halvparten av informantene oppgir at de ikke kjenner til IP og omtrent like mange oppgir at de ikke har

blitt tilbudt IP. Forskning - både nasjonalt og internasjonalt – viser at det er krevende og mange utfordringer knyttet til det å oppnå tilfredsstillende samhandling og koordinering i helse- og omsorgstjenestene for pasienter som har behov for tjenester fra ulike sektorer og nivåer (Ahgren, 2007; Holum, 2013; Holum og Toverud, 2013; Kodener et al, 2001).

Det er behov for mer forskning på områdene individuell plan og samhandling for å identifisere årsakene til det som blir omtalt som manglende ”suksess” for IP, og for å bidra til å finne løsninger for en bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene i arbeidet med IP, samt for å identifisere hva som hemmer og fremmer samhandlingen i dette arbeidet, slik både forskere og nasjonale myndigheter hevder (Bjerkan et al, 2011; Holum et al, 2013; Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015; Norges Forskningsråd 2011).

Sykepleiere initierer og leder arbeidet med individuelle planer oftere sammenliknet med annet helsepersonell (Bjerkan et al, 2011). Men det foreligger i liten grad forskning basert på hvordan sykepleiere erfarer IP som arbeidsmetode for å fremme samhandlingen mellom aktørene i helse- og omsorgstjenestene. Å få kunnskap om sykepleieres erfaring er et viktig bidrag for å utvikle mer kunnskap om tema, og bakgrunnen for denne studien var at jeg ønsket å utforske deres erfaringer med individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestene. Det er mangler i den forskningsbaserte kunnskapen innen den kommunale helse- og omsorgstjenesteforskningen, i følge Forskningsrådets program for helse- og omsorgstjenester (2011-2015). Forskningsfeltet jeg har valgt å forske i – kommunehelsetjenesten - anser jeg til å være et bidrag til kunnskapsutviklingen i tråd med nevnte programs prioriteringer. Hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan styrkes i samhandlingen med andre tjenesteutøvere og hva det er som bidrar til at pasienten opplever en helhetlig helse- og omsorgstjeneste er to av nevnte programs prioriterte forskningsområder. Denne studiens tema og problemstilling er - i tillegg til å være utfordrende og av stor interesse for meg selv - også et aktuelt og relevant område for å kunne bidra til kunnskapsutvikling innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik jeg vurderer det.

1.3 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

For å utvikle praksis, som i denne konteksten handler om samhandling i arbeidet med individuell plan – trenger man kunnskap og forståelse fra praksis. Hensikten med denne studien er å utforske hvordan sykepleiere som er koordinatorene for individuell plan i kommunehelsetjenesten, erfarer IP som arbeidsmetode for å fremme samhandling mellom aktører i helse- og omsorgstjenestene. Studien er beskrivende, og bygger på ønsket om å få kunnskap som kan skape forståelse. Intensjonen er å finne ut mer om *hvordan* sykepleiere erfarer individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandling, og ikke å forklare *hvorfor* samhandlingen er som den er.

På bakgrunn av tematikk og hensikt med studien ble følgende problemstillingen formulert:

”Hvordan erfarer koordinatorene individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandling mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten?”

Koordinatorer er en lovpålagt funksjon som både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal tilby pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Denne studien er avgrenset til å undersøke koordinatorene som arbeider i kommunehelsetjenesten.

Koordinatorer i studien er sykepleiere og har samtidig koordinatorfunksjon for individuell plan.

Med aktører i helse- og omsorgstjenesten menes i denne studien de aktørene som etter lovgivningene er pliktige til å delta i arbeidet med individuell plan. Det er blant annet aktører innen kommune- og spesialisthelsetjenesten, NAV og barnevern. Lovgrunnlaget for individuell plan beskrives i kapittel 2.

For å besvare problemstillingen utarbeidet jeg forskningsspørsmål, som har vært styrende for datainnsamlingen og for analyseprosessen. Forskningsspørsmål en ble undersøkt ved bruk av et kartleggingsskjema som informantene fikk i forkant av intervjuene. De øvrige forskningsspørsmålene ble undersøkt ved bruk av intervjuer.

Forskningsspørsmålene i denne studien er:

1. *Hvordan er arbeidet med individuell plan organisert i kommunene?*
2. *Hvordan erfares rollen som koordinator for individuell plan?*
3. *Hvordan bidrar individuell plan som arbeidsmetode til å fremme og eventuelt hemme samhandlingen?*

Med "arbeidet med" menes i denne studien arbeidet knyttet til initiering, planlegging, bruk, oppfølging og evaluering av de individuelle planene.

1.4 Presisering av sentrale begreper

Tjenestebruker og tjenestemottaker: begrepene referer til personer som mottar tjenester fra helse- og omsorgstjenesten. For å få variasjon i språket varierer jeg med å bruke tjenestebruker, tjenestemottaker, pasient og bruker.

Tjenesteyter, tjenesteutøver og helsepersonell: begrepene referer til en person og/eller virksomhet som yter tjenester i helse- og omsorgstjenesten. Begrepene er varierende brukt i lovgrunnlaget for individuell plan og i andre nasjonale føringer, samt i tidligere forskning. For å få variasjon i teksten, benyttes disse tre begrepene synonymt i denne studien.

Ansvarsgruppe: defineres som en gruppe sammensatt av de tjenesteyterne som er mest i kontakt med tjenestebrukeren, sammen med tjenestebrukeren selv og/eller pårørende eller verge. Formålet med ansvarsgruppe er å samordne tjenestene/tiltakene som tjenesteyteren har behov for og arbeide for å oppnå smidige overganger mellom de ulike fasene i livet (St.meld.nr. 21. Ansvar og meistring, (1998-1999)).

"Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering" er den fullstendige benevnelsen som er brukt i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Kortutgaven ”koordinerende enhet” og ”KE” brukes synonymt med den fullstendige benevnelsen i denne studien av hensyn til språklig forenkling.

”**Koordinator**” er en lovpålagt funksjon som både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal tilby pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

1.5 Strukturen i oppgaven

I kapittel 2 redegjøres det først for bakgrunnen for innføringen av individuell plan. Videre presenteres sentrale føringer relatert til individuell plan. Det gis også en kort presentasjon av nasjonale føringer knyttet til IP.

I kapittel 3 utdypes samhandlingsbegrepet og individuell plan beskrives. Videre presenteres modeller som kan ses som ekvivalenter til IP i et skandinavisk og internasjonalt perspektiv. Det gis også presentasjon av tidligere forskning relatert til disse modellene.

I kapittel 4 redegjør jeg for og beskriver den metodiske tilnærmingen i studien. Her presenteres kartleggingskjema og intervjuguiden som ble brukt i datainnsamlingen, og jeg gjør rede for de forskningsetiske vurderinger som ligger til grunn for arbeidet med studien. Valg av analysemodell og selve analyseprosessen beskrives til sist i kapitlet.

Kapittel 5 inneholder resultatene i studien. Kapitlet er delt i fire deler, hvor del en gir bakgrunnsinformasjon om informantene i studien og i del to presenteres enkelte forhold knyttet til organiseringen av individuell plan i kommunene. I del tre presenteres resultater fra intervjuene og det gis en oppsummering av resultatene i del fire.

I kapittel 6 diskuteres først funnene i studien og deretter diskuteres valget av metoder.

I kapittel 7 følger konklusjonen for studien og implikasjoner for videre forskning.

KAPITTEL 2 SENTRALE FØRINGER

RELATERT TIL INDIVIDUELL PLAN

I dette kapittelet gis det først en redegjørelse for bakgrunnen for innføringen av individuell plan. Videre presenteres lovgrunnlagene for IP, lovgrunnlag for kommunenes ansvar for IP, lovgrunnlag for koordinator og deretter helsepersonells plikt og ansvar i arbeidet med individuell plan. Til sist i kapittelet gjør jeg kort rede for et utvalg av nasjonale føringer relatert til IP, koordinator og koordinerende enhet.

2.1 Bakgrunn for innføring av individuell plan

Det norske velferdssystemet er grunnlagt på prinsippet om at hele befolkningen skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av kjønn, diagnose, bosted, etnisk bakgrunn, personlig økonomi og den enkeltes livssituasjon (Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)). Det norske helsesystemet er komplekst og differensiert med mange forskjellige tjenester, virksomheter og spesialiseringer på ulike forvaltningsnivå. For pasienter og deres pårørende med behov for helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter kan det være vanskelig å navigere seg frem til et tilpasset tjenestetilbud, og tjenestene kan oppleves som fragmenterte, lite koordinerte og med manglende samhandling. Manglende helhet og kontinuitet kan påvirke hele velferdssystemet og har gjennom mange år vært på den politiske dagsorden (NOU 2001:22).

I St.meld.nr. 25 *Åpenhet og helhet* (1996-97) og i St.meld.nr. 21 *Ansvar og meistring* (1998-99) er disse utfordringene adressert og beskrevet. Det påpekes at tjenesteapparatet er for oppstykket og dårlig koordinert, og at det er behov for å styrke samarbeidet og samhandlingen mellom tjenestene og å fokusere på brukermedvirkning (*ibid*).

Som en konsekvens av konklusjonene i nevnte stortingsmeldinger påla Stortinget Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide et lovverk og retningslinjer om individuell plan, for å bedre samarbeid og samordning av tjenester til enkeltpersoner med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester (Thommesen, 2004).

2.2 Lovgrunnlag for individuell plan

Individuell plan er hjemlet i et bredt spekter av lover. Tjenestemottakeres rett til å ha individuell plan er gitt i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 og lovbestemmelsen utdypes i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 16, hvor det heter:

”Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 2-5. Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.”

Retten til IP er uavhengig av diagnose og funksjonsnivå, men avhenger av omfanget av tjenester vedkommende har behov for. Vurderingen av hvem som faller inn under kriteriene langvarige og koordinerte tjenester beror til en viss grad på skjønn (IS-1253, Helsedirektoratet, 2010). Videre heter det at retten til individuell plan betyr at tjenestemottaker har rett til en plan som sammenfatter vurderinger av behov og virkemidler, og som angir et helhetlig og begrunnet tjenestetilbud. Bestemmelsen gir tjenestemottakeren en rett til å få utarbeidet en IP, men rettskrav på bestemte tjenester vil ikke følge av selve planen. Denne retten følger av det øvrige regelverket, og følger av prinsippet om kommunalt selvstyre slik at den enkelte kommune bestemmer hvilke tjenester som skal tilbys. Selv om ikke den individuelle planen i seg selv utløser rettigheter, vil den være et viktig premiss når vedtak om tjenester skal fattes og planen kan dermed bidra til å utløse nødvendige tjenester (*ibid.*).

Plikten til å utarbeide individuell plan er regulert i Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, Specialisthelsetjenesteloven § 2-5, Psykisk helsevernloven § 4-1, Lov om helsepersonell § 4 og 38a, Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 15, Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 28 og Lov om barneverntjenester § 3-2a. I tillegg til lovene gir Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator ytterligere bestemmelser. I forbindelse med Samhandlingsreformen som trådte i kraft 01.01. 2012 ble det gjort endringer i helselovgivningen som blant annet tydeliggjør plikten til å oppnevne

koordinator og i tillegg ble hovedansvaret for IP lagt til kommunen når det er behov for tjenester fra flere nivåer. Ordlyden i lovparagrafene er omtrent lik, og inneholder begrepene "behov for langvarige og koordinerte tjenester" og "helhetlige tjenestetilbud". Et eksempel fra Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 lyder:

"Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte".

2.2.1 Lovgrunnlag for kommunenes ansvar for individuell plan

Det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan, er lagt til de koordinerende enhetene for habilitering og rehabilitering (heretter kalt koordinerende enhet og/eller KE). Alle kommuner er pålagt å ha en koordinerende enhet. På samme måte er helseforetak pålagt å ha en tilsvarende enhet. I forbindelse med Samhandlingsreformen og innføring av "ny" helselovgivning 01.01. 2012, ble bestemmelsen om KE løftet fra forskrift til lov, og er nå hjemlet i § 2-5b i Specialisthelsetjenesteloven og i Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Lovgivningen sier at KE skal ha det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatører. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal motta meldinger om behov for individuell plan, og sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6).

2.2.2 Lovgrunnlag for koordinator

Bestemmelsen om koordinator er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og Specialisthelsetjenesteloven § 2-5a, og innebærer at det for pasienter/brukere med behov langvarige og koordinerte tjenester, skal tilbys en koordinator. Dette gjelder uavhengig av om pasienten/brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient/bruker, sikre samordning av tjenestetilbudet og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21).

2.2.3 Helsepersonell sin plikt og ansvar i arbeidet med individuell plan

Helsepersonell har plikt til å delta i arbeidet med individuell plan, jf. Lov om helsepersonell § 4. Helsepersonell skal også snarest mulig gi melding om pasienters/brukeres behov for individuell plan og koordinator i henhold til § 38a i overnevnte lov. Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten, og annet helsepersonell skal gi melding til koordinerende enhet i kommunene i henhold til sistnevnte paragraf.

I tillegg har alle som yter helse- og omsorgstjenester også plikt til å gi informasjon til pasient/brukere som har krav på tjenester etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. Helsepersonelloven § 10. Plikten omfatter å gi nødvendig veiledning og bistand slik at tjenestemottakeren og/eller pårørende kan ivareta sine rettigheter (IS-1253, Helsedirektoratet, 2010).

2.3 Nasjonale føringer relatert til individuell plan

Siden bestemmelsen om IP, koordinator og koordinerende enheter trådte kraft, har et bredt spekter av politiske dokumenter og nasjonale føringer utdypet intensjonene med disse bestemmelsene og løftet de frem som sentrale og viktige satsningsområder. I følge politiske uttalelser er individuell plan en viktig indikator på kvaliteten på omsorgen og på brukertilfredshet, og IP, koordinator og KE beskrives som sentrale virkemiddel for å sikre bedre koordinerte tjenester til de som trenger det (Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, 2008; NOU 2004:18; NOU 2005:3; Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015); St. meld. nr. 21 Ansvar og meistring).

I Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2009) - som trådte i kraft 01. 01. 2012 – og som blir hevdet å være den mest omfattende reformprosessen i norsk helsevesen i nyere tid (Schönfelder, 2013) - aktualiseres IP. Reformen legger til grunn at individuell plan fortsatt skal være et helt sentralt tiltak for å ivareta og fremme god samhandling.

Gjennom det årlige rundskrivet "Nasjonale mål og prioriterte områder", som er "bestillingen" fra helsemyndighetene til både kommune- og spesialisthelsetjenesten, har IP,

koordinator og koordinerende enheter vært beskrevet som satsningsområder gjennom flere år (IS-1/2011; IS-1/2012; IS-1/2013 og IS-1/2014).

Helsemyndighetene har i tillegg til overnevnte lover og føringer, utarbeidet informasjonsmateriell og flere publikasjoner til både helsepersonell og pasienter om ordningene, utarbeidet elektronisk opplæringsprogram for IP, gjennomført ulike kurs og arrangert regionale og nasjonale konferanser om temaene (Helsedirektoratet, 2014).

KAPITTEL 3 SAMHANDLING OG

MODELLER FOR SAMHANDLING

Dette kapitlet er delt inn i to hoveddeler; i del en defineres begrepet samhandling slik nasjonale myndigheter legger til grunn, og det redegjøres for hvordan begrepet kan ses som synonymer til andre begrep, samt hvordan samhandlingen ved individuell plan beskrives av enkelte forfattere. Videre i del en ses samhandlingsbegrepet i sammenheng med det som internasjonalt omtales som integrated care.

Del to av kapitlet innledes med en beskrivelse av litteratursøkene som ble utført. Videre beskrives den norske modellen for samhandling; individuell plan og deretter modeller som kan ses som ekvivalenter til IP i et skandinavisk og internasjonalt perspektiv, og det gis presentasjoner av et utvalg av tidligere forskning relatert til disse modellene. I beskrivelsene av de skandinaviske og internasjonale modellene redegjør jeg for hva jeg vurderer som likheter og ulikheter ved disse modellene sammenliknet med den norske individuelle planen.

3.1 Samhandlingsbegrepets mange fasetter

Dagens helsetjeneste blir beskrevet som spesialisert, differensiert og med en økende kompleksitet, og nøkkelen til å løse dette blir hevdet å være samhandling (NOU 2005:3; St.meld. nr. 47, 2009; Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)). Samhandling er blitt et nøkkelbegrep i norsk helsevesen og er gjennom flere år blitt fremhevet som en utfordring innen helse- og omsorgstjenestene (NOU 2005:3; Melby og Tjora, 2013; St.meld. nr. 47, 2009). Samhandling og samarbeid er i seg selv ikke noe nytt innen helsesektoren. Som sykepleier - og som helsepersonell for øvrig - ligger det til grunn for vår praksis å samarbeide med annet helsepersonell, både innenfor eget tjenestested og på tvers av sektorer og nivåer. Sykepleiere skal fremme gode tverrfaglige samarbeidsforhold, slik det fremgår av de yrkesetiske retningslinjene til sykepleierne (Sykepleierforbundet, 2011). For å bidra til at pasienter mottar adekvat behandling og pleie i helse- og omsorgstjenesten, forutsettes det at ulike yrkesgrupper, ulike profesjoner, systemer og kulturer samhandler og samarbeider optimalt.

Det som er relativt nytt, er den betydelige vekten som det nå legges på begrepet samhandling innen helsepolitikken, og den betydningen samhandlingen tillegges for utviklingen av helse- og omsorgstilbudene og som en forutsetning for gode fremtidige helsetjenester (NOU 2005:3; Melby et al, 2013; St.meld. nr. 47, 2009).

Samhandling er i St.meld.nr. 47 (2009) definert på følgende måte:

”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte”.

Begrepet *samhandling* blir beskrevet som et nytt begrep for å uttrykke mye av det samme som tidligere har vært beskrevet med begrepet *samarbeid* (Schönfelder, 2013). Uten at det semantiske innholdet i begrepet *samhandling* hadde blitt vesentlig forandret, kunne det i definisjonen over blitt byttet ut med begrepet *samarbeid*, og begrepene *samhandling* og *samarbeid* kan betraktes som synonymer i følge Schönfelder (2013). I en innholdsanalyse av frekvensfordelingen for forekomsten av samhandlingsbegrepet og beslektede begrep som samarbeid, samordning, samvirke, tverrfaglig, koordinering og styring, av St. meld. nr. 47 (Samhandlingsreformen) og St. meld. nr. 25 (Åpenhet og helhet), viste at samhandlingsbegrepet dominerer i den førstnevnte, men er helt fraværende i sistnevnte stortingsmelding, hvor *samarbeid* dominerte som begrep (*ibid*). Selv om problembeskrivelsen i begge disse stortingsmeldingene har fremhevet store mangler i leveransen av sammenhengende og koordinerte helsetjenester, er altså begrepet *samhandling* kun å finne i St. meld. nr. 47. Forskjellen i frekvensfordelingen av begrepene i overnevnte stortingsmeldinger, begrunner Schönfelder (2013) med at St.meld. 47 i sin helhet er dedikert til å tematisere relasjonen mellom ulike deler av helsevesenet, mens St.meld. 25 også drøfter andre aspekt enn det relasjonelle. Det hevdes at begreper som er brukt for å uttrykke helsepolitiske orienteringer, er underlagt konjunktuelle svingninger, slik at samhandlingsbegrepet uttrykker mye av det som tidligere ble beskrevet som samarbeid. Utover dette mener Schönfelder (2013) at denne forskjellen i frekvensfordelingen mellom de to mest brukte begrepene ikke indikerer at det er lagt eventuell ulik semantisk vekt i de nevnte stortingsmeldingene.

Slettebø og Madsen (2012) sier samhandling er å handle sammen, og samhandling foregår via interaksjon i relasjonen mellom partene. Forfatterne mener det dynamiske aspektet ved samhandlingen i arbeidet med individuell plan er sentralt, da det er et omfattende formål ved IP at både tjenestemottaker og tjenesteytere fra flere nivåer i helse- og omsorgstjenesten skal samhandle. For å kunne samhandle i en planprosess - som individuell plan – må man bli enige om hva en skal handle sammen om, beskriver forfatterne. Det vil si innholdet i IP-planen og målsettingen med den. Dette krever at partene som skal samhandle gir hverandre informasjon og kommunisere med hverandre. Det vil i en prosess som individuell plan, være den profesjonelle aktøren – altså tjenesteyteren – som har ansvaret for å tilrettelegge for denne kommunikasjonen, både overfor tjenestemottakeren og de andre tjenesteyterne (*ibid.*). Denne kommunikasjonen og virksomheten ser Slettebø et al i lys av begrepet dialogisk kompetanse, som innebærer å høre på hverandre og verdsette hverandres bidrag. Kommunikasjon som har preg av monolog eller "avhør" fra tjenesteyteres side vil kunne skape et klima der likeverdigheten mellom de involverte svekkes. I en monolog har taleren sitt eget mål, mens man i en dialog sammen utvikler et mål. Samhandling i arbeidet med individuell plan er det å handle sammen og sammen utvikle målene ved å verdsette og være lydhøre for hverandres bidrag (*ibid.*).

3.1 1 Integrated care

Samhandling - slik det defineres i samhandlingsreformen - kan ses i sammenheng til det som internasjonalt omtales som *integrated care*. WHO (2001) definerer *integrated care* slik:

"Integrated Care is a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a means to improve the services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency".

En generell definisjon på *integration* er: *"the act of making a whole out of parts; the coordination of different activities to ensure harmonious functioning"* (Gröne et al, 2001). Forskjellige forfattere vektlegger ulike aspekter ved *integration*. Brown og Mc Cool (1992) mener *integration* gir større effektivitet, mindre dobbeltarbeid, et mer fleksibelt tjenestetilbud og bedre koordinering, samordning og kontinuitet. WHO (1996) vektlegger i en rapport at *integration* stimulerer og bidrar til en mer helhetlig og personlig tilnærming til flerdimensjonale helsebehov. Freeman, Shepperd, Robinson, Ehrich og Richards (2001)

peker på at det kan være nyttig å tenke på diskontinuitet i helsevesenet som uunngåelig og at selv i de mest utformede systemer må helsepersonell finne innovative måter å løse utfordringer på. De ser *integration* som et ledd i prosessen til at helsesystemer og helsetjenester kan bli mer komplette og omfattende (*ibid.*). Kodener og Kyriacou (2000) hevder å ha en pasientorientert definisjon av *integration* og definerer begrepet på følgende måte:

“Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organisational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors”.

Målet med metodene og modellene er å forbedre kvaliteten på omsorgen, og livskvaliteten til pasientene, pasienttilfredshet og systemeffektivitet til pasienter med sammensatte og langvarige problemer på tvers av ulike tjenester og tjenesteleverandører (*ibid.*).

Integrated care har ulike betydninger, og blir brukt forskjellig. I USA likestilles ofte begrepet med *managed care* og *shared care* brukes i Storbritannia, mens *transmural care* anvendes i Nederland (Kodener et al, 2002). Andre begreper er *seamless care*, *case management* og *integrated delivery networks*. Alle tilnærmingene har som mål å bedre koordineringen og integrasjonen av helse- og omsorgstjenester, men omfanget av tilnærmingene er forskjellige.

Ulike metoder og tilnærminger for å oppnå bedre samhandling innen helse- og omsorgstjenestene står høyt på dagsorden internasjonalt, men det hevdes at metodene og tilnærmingene mangler en felles terminologi og en konseptuel klarhet (Gröne et al, 2001; Kodener et al, 2002 og Leishsenring, 2004). Dette blir beskrevet som et hinder for å forstå hva *integrated care* er og for å fremme *integrated care* i både teori og praksis (Kodener et al, 2002).

3.2 Modeller for samhandling

I denne delen presenteres modeller for samhandling organisert i tre deler; først den norske modellen for samhandling; individuell plan. Deretter - i del to og tre – beskrives modeller som kan ses som ekvivalenter til IP i henholdsvis et skandinavisk og et internasjonalt perspektiv, og jeg gjør rede for hva jeg vurderer som likeheter og ulikheter ved disse modellene sammenliknet med IP. Et utvalg av tidligere forskning og evalueringsrapporter relatert til modellene beskrives etter samme organisering.

Det ble gjennomført litteratursøk jevnlig under arbeidet med studien, sist gang i august 2014. Søkeordene var "individuell plan", "samhandling", "koordinering", "integrated care" og "integrated-care-models". Søkene ble utført ved å søke på de enkelte ordene og på ordene i ulike kombinasjoner, i BIBSYS, PubMed, MEDLINE og IJIC. Jeg vurderte artikler fra 2001, da individuell plan ble innført i Norge.

3.2.1 Individuell plan – den norske modellen

Alle med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester i Norge har rett til å få individuell plan, i henhold til lovgivningen jeg beskrev i kapittel 2. IP beskrives både som et verktøy, en prosess og en arbeidsmetode (Helsedirektoratet, 2014). Formålene med individuell plan er at den skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og det skal sikres at det til en hver tid er en tjenesteyter – en koordinator - som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Videre er formålet med individuell plan at den skal styrke og bidra til god samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom etater innen et forvaltningsnivå og på tvers av forvaltningsnivåene (*ibid*).

Individuell plan er brukerens plan og innebærer at brukerens mål og ønsker skal være utgangspunkt for prosessen. Brukeren har rett til - og tjenesteapparatet skal legge til rette for dette - å delta i arbeidet med individuell plan ved å beskrive hvilke tjenester, ønsker og mål som er viktige for vedkommende selv. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuell planer ligger i tjenesteapparatet (*ibid.*).

Ordningen med individuell plan består av fire hoveddeler:

- En tjenesteyter – kalt koordinator – som har ansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren
- En kartlegging
- Utarbeiding av et plandokument i et samarbeid mellom tjenestemottaker og relevante sektorer, etater og nivåer
- Oppfølging, evaluering og revidering av IP-planen
(IS-1253, Helsedirektoratet, 2010)

Proessen med individuell plan starter med at det oppnevnes en koordinator for IP.

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient/bruker, og sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan (*ibid*).

Kartleggingen skal ta utgangspunkt i tjenestemottakerens behov, mål og ressurser, og om hvilke behov vedkommende har for bistand fra helse- og omsorgstjenestene (*ibid*).

IP skal formes som en overordnet, skriftlig plan som skal gripe over alle tjenesteområder og forvaltningsnivåer, og den skal favne andre planer som pasient/bruker måtte ha (behandlingsplaner, tiltaksplaner etc.). IP-planen skal inneholde en oversikt over pasientens/brukerens mål og ressurser, en oversikt over hvilke tjenester/tiltak pasient/bruker har behov for, og hvem som deltar i arbeidet med planen, samt hvem som er koordinator. Planen skal beskrive hvilke tiltak som er aktuelle og hvem som har ansvar for oppfølgingen av disse tiltakene og hvordan de skal gjennomføres. Det skal gis en angivelse av planperioden og tidspunkt for justeringer og revisjoner av planen (*ibid*).

IP-planen skal oppdateres og evalueres jevnlig og den skal til en hver tid vise en helhetlig oversikt over tiltak og mål, hvilke tjenester pasient/bruker mottar og hvilke tjenesteutøvere som er involvert i samarbeidet om planen. Evalueringer skal sikre at det kontinuerlig kan fanges opp endringer og gjøres korrigeringer i tiltak i tråd med pasienten/brukers behov (*ibid*).

Samtidig som IP skal formes som et skriftlig dokument, ses IP som en prosess som skal bidra til å avklare ansvarsforhold tjenesteytere imellom (NOU, 2004:18; IS-1253, Helsedirektoratet, 2010). Det er formulert fra lovgivers side (NOU, 2004:18) at de involverte

instanser sammen må jobbe frem et forpliktende samarbeid og en gjensidig forståelse i hver enkelt sak.

Det er imidlertid den alminnelige ansvars- og funksjonsdelingen mellom tjenester og forvaltningsnivå som skal legges til grunn for gjennomføringen av de individuelle planene, dersom ikke annet avtales. Den tjenesteyter/sector som har ansvaret for tjenesten, har ansvaret for at de planlagte tiltakene i den individuelle planen gjennomføres. Koordinatoren har imidlertid ansvar for å sikre samordning og fremdrift i arbeidet med IP og bidra til at tjenestene virker sammen som en helhet (IS-1253, Helsedirektoratet, 2010).

Resultatene fra litteratursøkene mine relatert til individuell plan viser at det meste av forskningen som er gjort knyttet til individuell plan er relatert til bruk av individuell plan innen psykiatri og psykisk helsevern. Dette samsvarer med det Anderson, Osborg, Petersen, Røhme, Sitter og Ådnane (2005) og Røhme, Hatling og Lidal (2006) hevder. Mye av forskningen er i tillegg knyttet til omfanget av bruk av IP og i mindre grad til samhandlingen mellom tjenesteyterne i arbeidet med IP.

Forskningslitteraturen relatert til individuell plan - som følger videre - har jeg organisert i fire områder; *Utbredelse av individuell plan og koordinerende enhet, Pasienters og brukeres erfaringer med individuell plan, Helsepersonells erfaringer med individuell plan og Fremmere og hemmere for samhandling.*

Utbredelse av individuell plan og koordinerende enhet

Forskning og undersøkelser knyttet til utbredelsen av individuell plan viser at det er en mindre del av befolkningen enn forventet som har en individuell plan. I Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesø og Brender (2011) sin studie -"Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law" – var hensikten å undersøke utbredelsen av individuelle planer i norske kommuner. Forskningen skulle undersøke hvor omfattende bruken av IP er, om omfanget av bruken av IP påvirkes av kommunenes størrelse, økonomi, politisk ledelse, eller av indikatorer for levekår i kommunene, og hvordan kommunene initierer og organiserer prosessene med å implementere de individuelle planene.

Resultater fra studien viser at 0,5 % av befolkningen hadde IP, i motsetning til en forventet 3 % . Dette var uavhengig av den politiske, sosiale og økonomiske situasjonen i kommunene eller måten IP-planene var blitt gjennomført på. Studien viser at arbeidet med IP stort sett ble gjort av tjenesteutøvere i kommunehelsetjenesten. Sykehuspersonell og fastleger deltok i liten grad. Det var sykepleiere som hyppigst både initierte og ledet arbeidet med IP, sammenliknet med annet helsepersonell. Studien viser videre at det å utarbeide IP vanligvis er en samarbeidende prosess, hvor møter var den mest brukte formen for samarbeid, etterfulgt av telefonsamtaler. Resultatene viser at nesten alle fagfolk som deltar i planprosesser med IP har tilgang til IKT, men det ble sjelden brukt spesifikke maler for IP i arbeidet med planen og med dokumentasjon. Den vanligste formen for dokumentasjon var ved bruk av tekstbehandlingsprogrammer, i tillegg til at det håndskrevne fortsatt er ganske mye brukt til dokumentasjon i IP-arbeidet. Forfatterne mener resultatene kan tyde på en mangel på egnede IKT-verktøy for å støtte arbeidet med IP. En annen undersøkelse om utbredelse og bruk av IKT i helsetjenesten viser at 60 % av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene har tilgang til elektroniske pasientjournalssystemer, inkludert maler for IP (Norsk senter for elektronisk pasientjournal, 2008). Bjerkan et al (2011) hevder imidlertid at disse malene ikke brukes mye.

Forfatterne mener studien støtter synet om at organiseringen og arbeidet med individuelle planer har vært mer eller mindre vilkårlig, og de støtter tidligere forskning som viser at etablering av bærekraftige samarbeid på tvers av organisatoriske grenser innen helse- og omsorgstjenestene er komplisert og utfordrende. Dette til tross for de klare juridiske forpliktelsene og helsemyndighetenes initiativ til arbeidet med individuelle planer (*ibid.*).

Helsedirektoratet gjennomførte en kartlegging av individuelle planer i landets kommuner i 2011 (Helsedirektoratet, 2011). Dette er den første kartlegging som er blitt gjort for å innhente opplysninger og oversikt om antall virksomme individuelle planer, samt for å innhente kunnskap om koordinatorene og hvilken sektor de kommer fra og dernest hvilke tjenester som inngår i arbeidet med IP. Kartleggingen - som ble gjennomført elektronisk - viste at antall individuelle planer hadde en klar sammenheng med innbyggertall. Det ble i kartleggingen rapportert inn 22 002 individuelle planer blant de 349 kommunene/bydelene som

besvarte undersøkelsen. Dette baserte seg på eksakte tall for 59 % av kommunene, mens 41 % av kommunene hadde oppgitt anslag.

Kartleggingen viser at mange kommuner ikke har en samlet oversikt over individuell planer. Dette samsvarer også med Bjerkan et al (2011) sine funn. En hovedårsak til dette er – i følge nevnte kartlegging – at mange kommuner ikke har datasystemer/journalsystemer hvor det fremkommer hvem som har individuell plan. Det er ulike kommunale enheter som sitter med oversikt over brukere som har individuell plan og hvem som er koordinatorene, men det finnes ikke en samlet oversikt over det samlede antallet for IP og koordinatorene i kommunene. Det fremkommer også i kartleggingen at kommuner ga tilbakemelding om at det ikke er noen bestemt verken enhet eller person som har oversikt over individuell plan og koordinator. Dette kan indikere at systemansvaret for IP ikke er tydelig plassert i kommunene, slik lovverket pålegger kommunene, i følge Helsedirektoratets kartlegging.

I Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenestene (2012), oppgir 17 % av pasientene at de har individuell plan og 15 % kjenner ikke til om de har en slik plan. Halvparten av pasientene oppgir at de ikke har blitt tilbudt IP, og omtrent like mange oppgir at de ikke kjenner til individuell plan. Et fåtall (14 %) oppgir at de ikke ønsker IP, og 61 % av pasientene som har et stort bistandsbehov, oppgir at de ikke har blitt tilbudt en individuell plan. Samtidig viser undersøkelsen at 80 % av kommunene oppgir å ha rutiner som skal sikre at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester blir tilbudt en individuell plan.

Undersøkelser viser at det har vært utfordrende for kommunene å oppfylle kravene om å etablere koordinerende enheter (IS-1841, Helsedirektoratet, 2010). I Riksrevisjonens undersøkelse (2012) oppga 78 % av kommunene at de hadde en koordinerende enhet, og 21 % hadde ikke en slik enhet. Tall fra KOSTRA viser at det har vært en svak økning i antallet kommuner som har en koordinerende enhet. 68 % av kommunene rapporterte at de hadde en slik enhet i 2006, mot 76 % i 2010 (*ibid.*). Moen (2004) utførte en undersøkelse hvor tema blant annet var om kommunene hadde opprettet en KE. Informantene i den undersøkelsen, fra de kommuner som ikke hadde etablert en slik enhet, begrunnet manglende etablering med økonomi og bagatellmessig engasjement fra kommunens politiske og administrative ledelse.

Fylkesmennene fikk i 2009 i oppdrag fra Helsedirektoratet å kartlegge hvilke funksjoner som er lagt til de koordinerende enhetene. Den viste at mange kommuner hadde gjort gode grep, men også at enhetene ikke fullt ut fungerer etter intensjonen i nær halvparten av landets kommune (IS-1841, Helsedirektoratet, 2010). Undersøkelser viser også at det er stor variasjon i hvordan kommunene organiserer de koordinerende enhetene og det er varierende i hvilken grad de etablerte enhetene utfører de oppgavene som myndighetene har lagt føringer for at enhetene skal ta ansvar for (Breimo og Thommesen, 2012). Undersøkelse viser at svært få brukere av offentlige tjenester har kjenneskap til koordinerende enheter, selv i de såkalte "beste praksis" kommunene (Perspektiver på god praksis. Helsedirektoratet, 2010). Det er også stor variasjon i hvor synlige og tilgjengelige de koordinerende enhetene er, og flere enheter er ikke synlige i kommunestrukturere (Riksrevisjonen, 2012).

Pasienter og brukeres erfaring med individuell plan

Innen forskning relatert til pasienters og brukernes erfaringer med individuell plan, har Lorentsen og Berge (2006a) utførte en kvalitativ studie basert på intervjuer med 38 tjenestebrukere fordelt på 15 kommuner som har en IP. Brukerne hadde ulike fysiske og/eller psykiske funksjonsnedsettelse. Studien viser at mange brukere mener IP er en verdifull tilnærming som fremmer mestring og deltakelse. Koordinatorrollen betegnes av nesten 70 % av informantene som viktig og til dels avgjørende for resultatene av IP-prosessen. Studien viser også at kontinuitet i arbeidet med IP er et problem i mange kommuner, både i forhold til koordinatoren og i ansvarsgruppene. Resultatene viser videre at det kan synes som om IP og ansvarsgruppe hører uløselig sammen, selv om informantene hadde varierende erfaringer med ansvarsgruppene. Studien viser til dels store variasjoner i nivået av tilfredshet blant brukerne, både mellom de ulike kommunene og internt i samme kommune. Noen av forbedringspunktene informantene peker på knytter seg til oppfølgingen av IP-planen og tiltakene i den, og at selve dokumentet ikke har noen innflytelse når det gjelder beslutninger. Videre pekes det på at IP-arbeidet bør på en bedre måte omfatte en helhetlig vurdering av pasientens livssituasjon, da informantene opplever at IP ensidig fokuser på et forhold, som f.eks skolesituasjon og ikke omfatter hjemmesituasjon og andre sosiale aspekter. Informanter i studien etterlyser informasjon om

IP. Den skriftelige informasjonen de hadde fått ble erfart som vanskelig tilgjengelig, og den muntlige informasjonen ble opplevd som vag og faglende (*ibid*).

Lorentsen et al (2006a) konkluderer med at det er flere forhold som må være på plass for å kunne lykkes med intensjonen med IP. Bedre forankring av IP-arbeidet både politisk og administrativt, behov for utarbeidelse av metoder, prosedyrer og rutiner for IP, bedre dokumentasjonsverktøy og rutiner for opplæring og for samhandling på tvers av fag, tjenester og forvaltningsnivå er noen av forholdene som forfatterne peker på.

Betydningen av koordinatorens rolle og kontinuiteten i den rollen, som informantene i studien til Lorentsen et al (2006a) vektla, samsvarer med resultater i undersøkelsen til Helsedirektoratet (2009) og til Vold Hansen (2007), samt til resultatene i Markham (2009) sin kvalitative studie. I den studien var informantene foreldre til barn med psykiske lidelser, primærkontakter og koordinatorene for individuell plan. Hun utforsket blant annet hva som fremmer og hemmer prosessen i arbeidet med individuell plan. Resultatene i studien – som er en masteroppgave - viser at i tillegg til kontinuitet og en kompetent koordinator, er en velfungerende ansvarsgruppe og klare fordelinger av ansvar faktorer som fremmer prosessen med individuell plan. Motstridende interesser, manglende kompetanse, stor arbeidsbelastning, utilfredsstillende informasjon og uklare ansvarsforhold beskrives som faktorer som hemmer IP-prosessen (*ibid.*).

Forskning viser at brukere erfarer at de individuelle planene og arbeidet med å delta i utarbeidelsen av disse, gir en opplevelse av trygghet og hjelp i forhold til å planlegge fremtiden, når planene fungerer etter intensjonen (Bakke, 2005). I sin masteroppgave, hvor problemstillingen var hvordan det oppleves for personer med alvorlige psykiske lidelser å delta i utarbeidelsen av sin egen individuelle plan, intervjuet Bakke seks brukere. Faktorer informantene vektlegger for et godt samarbeid, er det å bli lyttet til, ha innflytelse over mål og tiltak i planen, bli møtt på en positiv måte, og at det tas utgangspunkt i det som oppleves meningsfylt og lystbetont. Dette er også faktorer som brukere/pasienter, pårørende og helsepersonell formidlet som viktige for at arbeidet med individuell plan skal fungere etter intensjonen (IS-1672 Helsedirektoratet, 2009), og også i samsvar med resultater til Thommesen et al (2003).

I Thommesen, Normann og Sandvin (2008) sin studie som undersøkte tjenestemottakere og tjenesteyteres erfaringer med IP ble det gjennomførte en todelt kvalitativ studie, med personer som er involvert med individuelle planprosesser fra fem kommuner. Studien indikerer at ordningen med individuell plan er implementert og brukes i ulike former i de forskjellige kommunene. Dette sammenfaller med funnene til Lorentsen et al (2006a) og Thommesen (2004).

Brukerundersøkelsen til Riksrevisjonen (2012) viser at det store flertallet av pasientene er fornøyd med sin individuelle plan. Ni av ti pasienter er enig i at de har blitt mer bevisst på hvordan de selv kan bidra i sin egen rehabiliteringsprosess og åtte av ti pasienter er enig i at de har blitt mer bevisste på sine mål og behov. Det store flertallet av pasientene i denne brukerundersøkelsen er også fornøyd med sin koordinator og fire av fem oppgir at ordningen med koordinator har vært nyttig for dem. Syv av ti er enig i at koordinator sørger for at tjenesteyterne ivaretar sitt behov og for at tiltakene er koordinerte.

Studier viser at pasienter erfarer at bruk av nettbasert individuell plan fremmer deres deltakelse i arbeidet med de individuelle planene (Hollingen, 2008). I sin masteroppgave undersøkte Hollingen hvilke erfaringer brukere har med nettbasert individuell plan. Dette var en kvalitativ studie hvor ti informanter med psykiske lidelser deltok. Resultatene viser at informantene opplevde at nettbasert bruk av individuell plan hadde gitt dem muligheter til å jobbe mer konstruktivt og målbevisst med eget liv, og de opplevde økt livskvalitet. Gjennom den nettbaserte IP-planen hadde flere brukere utviklet en egenerapi og et eierforhold til planen, og de opplevde en form for myndiggjøring ved at de tok og fikk et personlig ansvar i planarbeidet. Flere brukere i denne studien mente at det å samhandle på nett var fremtidsrettet, og at det var mye letter å arbeide med den nettbaserte planen.

I studien Patients` contribution to the development of a web-based plan for integrated care – a participatory design study (Bjerkan, Hedlund og Hellesø, 2014), var målet å utforske hvordan en tilnærming med deltakende design som involverer voksne pasienter og foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne, kan bidra til utvikling av en elektronisk individuell plan. Dataene i studien består av semi-strukturerte intervjuer med pasienter og foreldre, samt feltnotater.

En elektronisk IP-plan er ment som en forbedring på den eksisterende papirbaserte versjonen for å forenkle tverrfaglig dokumentasjon på tvers av sektorer i helse- og omsorgstjenesten, og for å forbedre samarbeidet mellom helsepersonell og pasientene i arbeidet med de individuelle planene, i følge forfatterne. Studien viser at pasientdeltakelse i testing av en elektronisk individuell plan bidrar til et system med bedre funksjonalitet og et system som på en bedre måte enn den papirbaserte individuelle planen tilrettelegger for informasjon og samhandling basert på pasientens vilkår.

Resultatene i studien viser at voksne pasienter og foreldre til barn med funksjonsnedsettelse forventet at den elektroniske individuelle planen skulle være en kilde til informasjon ut fra deres individuelle behov til IP-planen. De forventet også at den elektroniske utgaven av IP skulle bidra til å fremme bedre samhandling mellom dem selv og helsetjenestene. Deltakerne forventet både en felles og "vanlig" funksjonalitet for den elektroniske IP-planen, men også en funksjonalitet som skulle ta hensyn til deres individuelle livssituasjon, behov og ønsker.

Thommesen et al (2003) hevder at arbeidet med individuell plan forutsetter en ny og annerledes måte å arbeide på når det gjelder relasjoner og maktfordeling. Brukeren har rett til, og skal oppfordres til å delta aktivt i arbeidet med IP og dette vil kunne utfordre etablerte rollemønstre i helsetjenesten (*ibid*). Bakke (2005) fant enkelte funn i sin studie som hun mener kan tyde på at det er endringer på gang når det gjelder en mer aktiv og deltagende pasientrolle. Informantene i den studien hadde synspunkter og meninger om sin egen situasjon, og var opptatt av å ha innflytelse i planarbeidet.

Bjerkan (2014) har i studien "Role transition in caring relationships" undersøkt hvordan elektronisk bruk av individuelle planer utfordrer og endrer brukeres og helsepersonells roller. Studien baseres på intervjuer med brukere og fagpersoner, samt to fokusgruppeintervjuer med fagpersoner. Resultatene viser at både brukere og fagfolk uttrykte klare meninger om sine egne roller som deltakere i bruk av elektroniske individuelle planer, samt deres samarbeidspartnere i ansvarsgrupper. Studien viser at både bruker og fagpersoner tok enten en proaktiv eller motvillig rolle i samarbeidet med de elektroniske individuelle planene.

De proaktive brukerne understreket fordelene med elektronisk IP ved at de ga dem bedre oversikt over prosessen med den individuelle planen. De deltok aktivt i samarbeidet ved blant annet å sende sms til deltakerne i ansvarsgruppene, de leste og redigerte de elektroniske planene og kommenterte tjenesteyternes tiltak og beskrivelser. Brukerne uttrykte en følelse av komfort og sikkerhet, og en oppfatning av større kontroll. Data fra studien viser at et antall brukere begynte å opptre mer aktivt i arbeidet med sin egen individuelle plan.

Generelt anså de proaktive fagpersonene at deres rolle ikke var mye endret som følge av elektronisk IP. De så på sin rolle som en viktig initiativtaker i IP-prosessen. Det var imidlertid et mangfold av meninger om fordeling av ansvar og arbeidsmengde mellom koordinatorene og de øvrige tjenesteyterne.

De motvillige brukerne kommenterte at de ikke avviste en elektronisk IP, men de så frem til et bedre velfungerende verktøy enn den elektroniske IPen de nå hadde.

Flere fagpersoner – de motvillige til elektronisk IP - følte seg ukomfortable med sin manglende kompetanse i bruk av elektronisk IP. Selv etter kurs eller veiledning var det sjeldent de brukte den elektroniske planen.

Studien til Bjerkan (2014) viser at både brukere og fagfolk tok ulike roller i planprosessen med elektronisk individuell plan. Et nytt mønster viste seg i denne studien – i følge forfatterne - ved at proaktive brukere deltok aktivt i planarbeidet på tross av motvillige fagpersoner, fordi de fikk tilgang til den elektroniske individuelle planen og sine egne plandokumenter. Ved at brukere og fagpersoner får lik tilgang til planverktøyet og plandokumentene i en slik elektronisk IP, hevder forfatterne at studien gir kunnskap som kan brukes for å utvikle en ny forståelse av hvordan rollenes innhold kan bli utfordret og endret. Studien viser også at det er behov for tekniske ferdigheter hos deltakerne for å implementere en elektronisk versjon av individuell plan.

Helsepersonells erfaringer med individuell plan

Forskning og undersøkelser viser at helsepersonell har varierende synspunkter til IP-ordningen. Interessen for å bruke IP har vært lav eller moderat blant fagfolk (Bjerkan et al, 2011; Helsetilsynet, 2007.). Riksrevisjonen undersøkelse (2012) viser at mer en 90 % av kommunene, helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene er helt eller delvis enig påstanden i at individuell plan er et godt verktøy for å tilpasse og målrette rehabiliteringstjenester, og 74 % av kommunene er helt eller delvis enig i påstanden om at bruk av individuell plan fremmer samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Studien til Lorentsen og Berge (2006b) viser at mange tjenesteytere er svært opptatt av å jobbe med IP, men de står overfor vanskeligheter på systemnivå for å sette IP ut i praksis. Lorentsen et al (2006a) konkluderer med at for å oppnå det fulle potensialet med individuell plan, må blant annet ordningen være bedre organisert og koordinert på det politiske og administrative nivået i kommunene.

Resultater fra studien til Thommesen et al (2008) viser at tjenesteytere har ulike synspunkter på IP og ideer om hva IP-ordningen innebærer. Mange informanter var skeptiske til ordningen, men forfatterne konkluderer med at denne skepsisen er basert på tolkninger på hvordan ordningen er ment å fungere i praksis. Tolkningene ble i hovedsak basert på forestillingen om at IP er en stiv og formalisert prosess med omfattende maler og skjemaer, og at det fører til økte utgifter for kommunene. Andre ideer var basert på hvordan planprosessen skulle praktiseres og på hva som er fremhevet som den rette måten å arbeide med de individuelle planene. I likhet med Lorentsen et al (2006a og b) hevder Thommesen et al (2008) at ordningen med individuell plan må forankres bedre i kommunenes administrative nivå.

Behovet for bedre forankring av IP både på politisk og administrativt nivå i kommunene, var også et av momentene som kom frem i Helsedirektoratet regionale konferanser om individuell plan i 2008, hvor brukere/pasienter, pårørende og fagfolk deltok.

Tilbakemeldinger fra konferansene er samlet i rapporten "Jeg har en plan", hvor det er tre momenter som løftes frem som viktige for å lykkes i arbeidet med IP. I tillegg til nevnte moment om behov for forankring, ble det at brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt

pekt på som viktig i IP-arbeidet. Det siste momentet er sammenfattet i uttrykket: "Løft frem koordinatrollen". Fordi koordinatrollen er så sentral i arbeidet med IP, understreket deltakerne at myndiggjøring av rollen er et viktig tiltak og et ansvar som ledelsen må tilrettelegge for (IS-1672, Helsedirektoratet, 2009). I veilederen til forskrift om habilitering og rehabilitering fremheves det også at IP-arbeidet bør forankres på de øverste nivåene i kommunene (IS-1253, Helsedirektoratet, 2010).

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

Hemmere og fremmere for samhandling

Kommunenes organisering, samarbeidskompetanse og betydningen av koordinatorenes funksjon ved at de tar et særlig ansvar for at tilbudet til brukerne blir helhetlige og samordnet, er noen av faktorene ved individuell plan som bidrar til å fremme samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestene, i følge forskningen til Vold Hansen (2007). Dette var et forskningsprosjekt om bruk av IP i kommunal sektor, hvor hensikten var å undersøke om individuell plan bidrar til nå målene i henhold til intensjonen med vekt på forståelsen av det samarbeidet og de beslutningsprosessene som foregår i IP-arbeidet. Undersøkelsen bygger på intervjuer med ansatte innen psykisk helsevern og på observasjoner av ansvarsgrupper. Resultatene i studien viser at når det gjelder intensjonene med IP knyttet til samarbeid og helhetlige tilbud, er det i stor grad andre faktorer enn den individuelle planen som påvirkes

av dette. Studien viser at forhold som forståelse for rehabiliteringsideologien, kommunenes organisering, profesjonelle grenser, holdninger og samarbeidskompetanse setter rammer for samarbeidet. Resultater viser likevel at IP medvirker til at de ulike tjenestene tilpasser seg hverandre, og viser at det er åpenbart at koordinatorene for IP tar et særlig ansvar for at tilbudet til tjenestemottakerne blir helhetlige og samordnet. Studien viser at det synes klart at IP er en medvirkende årsak til at de aktuelle tjenesteyterne i IP-arbeidet tar et ansvar for helhet og samordning. Konklusjonen i studien er at det er behov for å styrke måloppnåelsen med individuelle planer, gjennom et mer aktivt samarbeid mellom overordnede myndigheter, tjenesteytere, tjenestemottakere og forskere.

Beslutningsmyndighet og ansvar, koordinatorenes betydning for planarbeidet og brukerens forutsetninger og ønsker, er hovedkategoriene i resultatene til Holum og Toverud (2013) sin studie om hvordan individuell plan kan bidra til økt samhandling og koordinering. Denne studien springer ut fra førstnevntes doktorgradsavhandling om implementering og bruk av individuelle planer for ungdom/unge voksne med langvarige og komplekse psykiske vansker. Avhandlingen til Holum (2013) belyser hvordan IP er implementert og tatt i bruk som et verktøy for brukermedvirkning, samhandling og koordinering, og om IP fungerer etter intensjonen. Avhandlingen er evalueringsforskning og bygger på semistrukturerte dybdeintervjuer med pasienter, pårørende, koordinatorene for IP, ledere og representanter for brukerorganisasjoner.

Studien til Holum et al (2013) viser at det som fremmer bruk av IP i henhold til intensjonen er at tjenesteytere kommer i gang med et gjensidig samarbeid og at pasientens etatstilhørighet og tjenesteyternes ansvarsforhold blir avklart tidlig i planarbeidet. Det er viktig å avklare etatstilhørighet for ulike deler av pasientens behov, planer og tiltak, og det er nødvendig at ressurser er tilgjengelige. Et annet forhold som fremmer IP sin intensjon knyttet til samhandling og koordinering er at koordinatorene "fyller" rollen med tilstrekkelig grad av beslutningsmyndighet, legitimitet og stabilitet, samt egnethet. I følge forfatterne viser studien også at brukers forutseninger, kognitive funksjon og ønsker er vesentlig for at IP skal fungere hensiktsmessig som et samhandlingsverktøy (*ibid.*).

Resultatene i studien har forfatterne innelt i tre kategorier; beslutningsmyndighet og ansvar, koordinators betydning for planarbeidet og brukernes forutseninger og ønsker. I de to første

kategoriene henger muligheten til å få til intensjonen med IP nøye sammen med overordnet ytre struktur. Koordinators legitimitet og myndighet styres også i stor grad av tjenestenes organisering og er også knyttet til de samme rammebetingelsene, mener forfatterne. Sammen med den tredje kategorien om brukerens forutsetninger og ønsker, er det rammebetingelsene og hvordan tjenesteyterne håndterer utfordringene innen disse rammene, som legger premissene for hvordan IP kan bidra til økt samhandling og koordinering av tiltak og tjenester. For at IP skal fungere som et samhandlingsfremmende verktøy bør trolig helse- og sosialomsorgen i Norge organiseres annerledes, konkluderer Holum og Toverud (2013).

Forskningen som det henvises til over viser at helsepersonell mener koordinatorene for individuell plan har en viktig rolle og funksjon for at pasienten skal få et helhetlig og samordnet tjenestetilbud og for å fremme intensjonen med de individuelle planene om bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene i arbeidet med IP. Dette samsvarer med brukeres erfaringer med koordinatorfunksjonen, slik Lorentsen og Berge (2006b), Vold Hansen (2007) og Markham (2009) beskriver, og også det som brukerundersøkelsen til Riksrevisjonen (2012) viser, samt det som helsepersonell og pasienter i samarbeid formidlet til helsemyndighetene som et viktig moment for å lykkes med intensjonene med IP-arbeidet (IS-1672, Helsedirektoratet, 2009).

Imidlertid viser forskning at koordinatorens manglende myndighet ses som en barriere og utfordring for samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten i arbeidet med individuell plan (Holum et al, 2013). Dette er også en problemstilling Schönfelder (2013) diskuterer i sin analyse av samhandlingsreformen. I reformen beskrives det og legges opp til flere koordinatorroller i tillegg til koordinatorrollen for individuell plan. Schönfelder mener dette er problematisk ved at rollene slik de beskrives til dels er overlappende, og at forholdet mellom nye og etablerte roller ikke er tydelige. Det som imidlertid er felles for de ulike koordinatorene er at samhandlingsreformen understreker behovet for en ansvarlig koordinerende funksjon for å realisere målene om mer samhandling og en helhetlig tjenesteproduksjon. Det andre som er felles er at de ulike koordinatorrollene mangler definert myndighet til å forplikte ulike profesjoner og ulike deler av helsevesenet til deltakelse i samarbeidet (*ibid.*).

Som det fremgår av studiene til Vold Hansen (2007) og Holum et al (2013) er kommunenes organisering av arbeidet med individuell plan en faktor for å fremme intensjonen med IP om bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene. Dette samsvarer med undersøkelsen "Perspektiver på god praksis" (Helsedirektoratet, 2010), som er en kvalitativ casestudie hvor fem kommuner som hadde kommet langt i arbeidet med koordinerende enhet deltok. Formålet med undersøkelsen var å synliggjøre faktorer og rammebetingelser som ser ut til å være avgjørende for at koordinerende enheter skal fungere etter intensjonen, og for å synliggjøre hvilket utbytte både kommunene, tjenesteytere og brukere har av disse enhetene. Datamaterialet baserer på intervjuer med personer fra hver av de fem kommunene og fokusgruppeintervjuer med brukere i hver av kommunene.

Resultater viser at kommunene har utbytte på flere områder når det gjelder arbeidet med individuell plan. Den koordinerende enheten bidrar til å fremme bruk av individuell plan og til bedre og mer samhandling på tvers av tjenester og etater, og at tjenesteyterne har et sted å henvende seg til, samt at koordinatorene for individuell plan mottar felles opplæring.

Faktorer som informantene oppgir som betydningsfulle for at KE skal fungere etter intensjoner er at enheten må ha god administrativ og praktisk forankring i kommunen. Det må videre formidles informasjon om enhetens rolle og funksjon både til pasienter/brukere, tjenesteytere og samarbeidspartnere og enheten må ha legitimitet blant tjenesteytere og samarbeidspartnere. Videre ble faktorer som det å etablere samarbeids- og kommunikasjonsstrukturer på tvers av tjenesteområder, utvikle system for opplæring av koordinatorene for IP, skape arenaer for brukermedvirkning og ha en felles forståelse på tvers av enheter av hva habilitering og rehabilitering innebærer, samt viktigheten av samarbeid med spesialisthelsetjenesten, trukket frem i rapporten til Helsedirektoratet (2010).

Betydningen av felles opplæring for alle som arbeider med individuell plan, på tvers av tjenester og nivåer, er også en konklusjon i Trefjord og Hatling (2004) sin evalueringsrapport av et samhandlingsprosjekt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I konklusjonen anbefales det blant annet at ulike nivåer og etater samarbeider om individuell plan, også går sammen om opplæring, utvikling av rutiner, og hvordan ansvar og oppgaver skal fordeles. Ettersom det er brukerens mål, ressurser og behov for tjenester som står i fokus,

fremhever rapporten også betydningen av en dialog preget av tillit, åpenhet og likeverd mellom koordinatorene og brukeren.

Det å utvikle metoder og modeller for samhandling er en utfordring, men å implementere modellene slik at de kan fungere på en tilfredsstillende måte i det praktiske arbeidet, blir beskrevet som en enda større utfordring (Walker, Grimshaw, Johnston, Pitts, Steen, 2003). En tidligere studie viser at kommuner og sykehus ikke hadde etablert organisatoriske strukturer for individuell plan (Hansen, 2007). Thommesen et al (2006) sin forskning viser at det er ulik praksis i ulike kommuner eller bydeler i større kommuner for hvordan tjenesten knyttet til individuell plan er organisert. I Holum (2012) sin kvalitative studie knyttet til hva som vanskeliggjør og hva som fremmer implementering av individuelle planer, er 22 ledere fra ulike klinikker og organisasjonsnivå innen psykisk helsetjeneste på spesialisthelsetjenestnivå intervjuet. Hensikten med studien var å utforske og beskrive erfaringer og refleksjoner på prosessen med å implementere individuell plan i spesialisthelsetjenesten og å diskutere funnene knyttet til implementeringsteori- og forskning.

Resultatene i studien viser betydelige forskjeller mellom ulike arbeidsplasser, organisasjonsnivå, hvordan lederne tolket lovreguleringene for IP og sin egen rolle, samt hva slags strategier de hadde valgt for implementering av individuell plan.

Ni ledere fra øverste nivå med ansvar for flere store avdelinger, trodde på og var positive til individuell plan, men var selv ikke direkte involvert i implementeringsprosessen med IP. Kun to ledere fra øverste nivå hadde initiert et systematisk arbeid i forhold til IP. De fleste lederne fra øverste nivå delegerte alt arbeidet med individuell plan til et lavere nivå. Tolv av informantene i studien var ledere på et lavere nivå.

Resultatene viser at det i liten grad var gjennomført en systematisk fremgangsmåte for å implementere IP og det var i tilsvarende liten grad systematisk opplæring/veiledning om arbeidet med IP. De generelle implementeringsutfordringene lederne trakk frem var for mye administrasjon og byråkrati i dagens helsevesen, mangel på ressurser og mangel på tid, samt uklarheter når det gjaldt ansvarsforhold. Videre erfarte flere ledere at ansatte var usikre på å bruke dataverktøy, slik også Bjerkan et al sin studie viser (2014).

Det var variasjoner i hvordan lederne la til rette for implementeringen rent praktisk. Noen stod for opplæringen selv, og fulgte opp systematisk i prosessen. Andre sendte personalet på kurs. Den mest fremtredende implementeringsmetoden var å ta opp IP som sak på personalmøter eller kliniske fora. Noen informerte i liten grad sine ansatte da de så verktøyet som lite egnet i sin organisasjon. Bare et fåtall var eksplisitte på sine egne posisjoner og hvordan de gjennom sin egen holdning og praksis for ledelse, kunne oppfordre de ansatte til å bruke individuell plan, slik Holum beskriver.

Hva som vanskeliggjør og fremmer implementering av individuell plan er et komplisert puslespill, konkluderer forfatteren. Individuell plan består av en interaksjon av organisasjonselementer og prosessen består av praktiske implementeringsstrategier så vel som at de involvert må se behov for individuell plan i det daglige arbeidet. Holum (2012) mener studien viser at lovreguleringer og strategier for formidling ikke er tilstrekkelig for å implementere et verktøy som individuell plan. Ledelsesnivået er av stor betydning, men hun hevder det er en lang rekke faktorer som påvirker de tjenestene helsevesenet leverer.

3.2.2 Skandinaviske modeller

I Sverige er det utviklet en tilsvarende modell som den norske individuelle planen, men den har ikke tilsvarende lovforankring som IP (Berger et al, 2009; Brusèn og Ribacke, 2001). Planen kalles "individuell plan", og brukes kun innen primærhelsetjenesten. Målet med planen er å skriftliggjøre pasientens mål og behov, koordinere tjenester og at den enkelte pasient skal få innflytelse og oversikt over de tjenestene som gis ut fra hans/hennes ulike behov (*ibid.*).

I Danmark er det utviklet det de kaller "individuell handleplan", og disse er forankret i Serviceloven § 141. Det medfører at kommunene har plikt til å tilby brukere med fysiske eller psykiske handikap eller personer med alvorlige sosiale problem, som ikke har eller kun med betydelig støtte kan oppholde seg i egen bolig, en skriftlig individuell handleplan (Blickfeldt Juliussen, 2004). Formålet med planene er å tydeliggjøre mål, styrke brukermedvirkning og forbedre den enkelte borgers mulighet for innflytelse i eget liv, samt sikre koordinering, samarbeid og kvalitet på tjenestene (Kristensen, 2010).

Jeg har ikke funnet at det foreligger spesifikk forskning på de skandinaviske modellene. En evalueringsrapport konkluderer med at de svenske planene ikke brukes i henhold til intensjonen eller i det omfanget som beskrives som hensiktsmessig (Berger et al, 2009). Kristensen (2010) konkluderer med at det er krevende å bruke de danske planene slik intensjonen er.

Slik jeg vurderer de svenske og danske planene er de ikke tenkt brukt i like stor grad sammenliknet med den norske individuelle planen, ved at den svenske modellen kun brukes i primærhelsetjenesten og den danske som er mer rettet mot personer som ikke kan oppholde seg i egen bolig uten støtte. Men de overordnede målsettingene samsvarer i stor grad med IP, slik jeg vurderer det, ved at planene skal tydeliggjøre pasientens mål, bidra til brukermedvirkning og bidra til bedre koordinering og samhandling mellom helsetjenestene.

3.2.3 Internasjonale modeller

Individuell plan ble - som tidligere beskrevet - utviklet og innført som et nasjonalt svar på et udekket behov for koordinering og organisering av helse- og omsorgstjenester. IP føyer seg på flere måter inn i den vestlige verdens helsetjenesteutvikling som startet på 1950 og 1960-tallet, hvor økt fokus på deinstitusjonalisering, brukermedvirkning og kostnadsreduksjon har vært fremtredende elementer. IP blir beskrevet som ekvivalenter til det som internasjonalt omtales som *integrated care models* (IC-modeller) (Holum et al, 2013; Lorentsen et al, 2006a).

I USA ble det på 60-tallet innført "The community mental health movement", hvor målet var å utvikle metoder for å kartlegge effekter av tjenester og tiltak for å sikre at helse- og sosialarbeidere og brukere arbeidet mot samme mål (Lorentsen et al, 2006a). Goal-Attainment-Scaling (GAS) var en slik metode, og regnes av enkelte som en tidlig forløper til de senere IC- modellene (Kiresuk, Smith og Cardillo, 1994), og som en forløper for utviklingen av den norske individuelle planen, i henhold til Lorentsen et al (2006a). Selv om utgangspunktet for GAS var innen psykiatri, ble metodene anvendt innen et bredt utvalg av tjenesteområder, herunder rehabilitering, pleie og omsorg og utdanning (*ibid.*).

Selv om fremveksten av integrated care-tenkningen begynte på 60-tallet, var det først på 80-tallet den for alvor ble satt på dagsorden, spesielt ved hjelp av "case management (CM)" og "assertive community treatment team (ACT)". Verdens helseorganisasjon (WHO) har gitt føringer om at det skal settes økt fokus på brukernes rett til medvirkning og bedre koordinering av tjenestene og det nevnes i disse føringene at IC-modellene er en måte å møte utfordringene på (WHO, 1998 og 2004).

Integrated care kan forstås som et paraplybegrep som favner flere modeller som er utviklet med det formål å kompensere for et fragmentert system av behandlingstiltak (Leichsenring, 2004 og Ahgren, 2007). Modellenes mål er å fremme kvalitativt bedre helse- og sosialtjenester med hensyn til koordinering, samhandling, kontinuitet og brukertilfredshet (Kodner et al, 2002).

Integrated care -feltet består av mange ulike begreper, metoder og modeller. En utfordring er at det er mangel på en felles definisjon, terminologi og manglende konsistens i hvordan

modellene skal forstås når det gjelder innhold og mål, og det gjør det vanskelige å sammenlikne modellene (Ahgren, 2007). Imidlertid hevder Ouwens et al (2005) at alle modellene har samme mål; redusert fragmentering, bedre koordinering og økt kontinuitet. De mener videre at modellene må inneholde både profesjonelle -, organisatoriske - og pasientperspektiver for å kunne fungere bra.

Gröne et al (2001) skiller mellom horisontale og vertikale IC-modeller, hvor førstnevnte handler om integrering på samme nivå, for eksempel mellom polikliniske tjenester og avdelinger på spesialisthelsetjenestenivå, og vertikale modeller handler om å få første - og andrelinjetjenestene til å jobbe mer integrert.

Noen IC-modeller vektlegger først og fremst et organisatorisk perspektiv mer enn å ha fokus på den enkelte pasient, slik Holum (2013) beskriver. Målene i disse modellene er knyttet til kostnadsreduksjon, organisering av tjenestene, effektivitet og å bedre kvaliteten på tjenestene. Eksempler på slike modeller er de amerikanske modellene "coordinated care", "seamless care" og "managed care". Andre IC-modeller har et mer direkte brukerorientert perspektiv, som ulike varianter av "case management (CM)"-modeller (*ibid.*).

Det er flere CM-varianter, men alle modellene springer ut fra en ide om bedre samordning av tjenestetilbudet til enkeltpasienter, og at det skal være en koordinator for pasientene, samt at pasientens rolle og evne til egen ivaretagelse skal styrkes (*ibid.*).

"Assertive community treatment" (ACT) ble innført som en avlegger av CM-modellen, og beskrives som en måte å organisere tjenestene på og en behandlingsmodell (Holum et al, 2013). Modellen er rettet mot pasienter innen psykisk helsevern, og det opprettes et behandlersteam fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten rundt pasienten. Mens det i de øvrige CM-modellene er en koordinator som har hovedansvaret, er det i ACT-modellen hele team som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten (*ibid.*).

Studier viser at det er sprikende funn når det gjelder effekten av CM- og ACT-modellene. Noen artikler konkluderer med at CM er å regne som en effektiv intervensjon i psykiatri (Holloway og Carson, 2001; Ziguras og Stuart, 2000 og Zwarenstein, Reevesm Straus, Pingfol og Goldman, 2009).

I en studie om effekten av ACT-modellen fremkommer viktigheten av at pasienten selv er aktiv deltaker i tiltaks- og behandlingsprosessen (Watts og Priebe, 2002).

CM-modellene kan i henhold til Goodwin (2011) være veien til en mer integrert behandling. For et vellykket behandlingsforløp trekker han frem at det blant annet er en person som over tid følger opp pasientene, og at det legges vekt på tilstrekkelig kompetanse, tilgjengelighet og kontinuitet i behandlingen, samt viktigheten av rolleavklaringer mellom tjenesteyterne. Disse elementene er i stor grad sammenfallende med hva som er formulert om den norske individuelle planen.

Van der Linden, Spreeuwenberg og Schrijvers (2001) sin forskning viser at den største utfordringen – uavhengig av modell – er å få på plass finansiering av tiltakene som er nødvendige for å hjelpe pasientene.

Når jeg sammenlikner IP med overnevnte IC-modeller finner jeg både likheter og forskjeller. Alle har mål om å øke samhandling, integrering og koordinering av tjenestetilbudet rundt pasientene. Vektleggingen av brukerperspektivet og at pasienten selv er deltakende i behandlingsprosessene gjelder for IP, CM og ACT modellene, og bruk av en koordinator eller et koordinerende team. IC-modellene samsvarer mye – slik jeg vurderer det - med IP og intensjonen med koordinatorrollen slik den er beskrevet og lovfestet i Norge, men modellene kommer ikke med tilsvarende føringer som i Norge om hvordan koordineringen skal skje og hvordan koordinatorene skal arbeide. Det heller ikke krav om et skriftlig dokument i IC-modellene, slik som ved IP. Og det er heller ikke andre land enn Norge som har lovfestet bruken av modellene. Når vi vet at IP er lovfestet i alle helse- og omsorgslovene våre, kan det være grunn til å anta at IP har potensialer til å fungere bedre en IC-modellene. Likhetene mellom IP og enkelte av IC-modellen er også tydelige - slik jeg vurderer det - når det gjelder modellenes perspektiver på organiseringen av tjenestene, ved at modellene både har et horisontalt og et vertikalt perspektiv for samhandling. Horisontalt perspektiv handler om samhandling på samme nivå, for eksempel mellom ulike avdelinger i en kommune, og det vertikale perspektivet omhandler samhandling mellom ulike nivå som blant annet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik Gröne et al (2001) skiller de to perspektivene.

KAPITTEL 4 METODE

I dette kapitlet presenterer og redegjør jeg for valg av metode og design for studien, fremgangsmåte for datainnsamling, bearbeiding og analyse av data, samt forskningsetiske vurderinger og refleksjoner som ligger til grunn for studien.

4.1 Design og metode

Hensikten med denne studien er å utforske hvordan sykepleiere som er koordinator for individuell plan i kommunehelsetjenesten erfarer individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandlingen mellom aktørene i helse- og omsorgstjenestene. Dette skal utforskes gjennom tre forskningsspørsmål; 1) Hvordan er arbeidet med individuell plan organisert i kommunene? 2) Hvordan erfares rollen som koordinator for IP? 3) Hvordan bidrar individuell plan som arbeidsmetode til å fremme og eventuelt hemme samhandlingen? Studien er beskrivende, og bygger på ønsket om å få kunnskap som kan skape forståelse. Intensjonen er å finne ut mer om *hvordan* sykepleiere erfarer individuell plan som en arbeidsmetode for å fremme og eventuelt hemme samhandlingen med aktører i helse- og omsorgstjenestene. Studien søker derfor ikke å forklare *hvorfor* samhandlingen er som den er.

Med metodisk tilnærming siktes det til generelle metodestrategier, som kvalitative eller kvantitative metodegrupper (Lund og Haugen, 2006). For å besvare denne studiens forskningsspørsmål fant jeg det hensiktsmessig å bruke både en kvantitativ og kvalitativ metodisk tilnærming, men med hovedvekt på den kvalitative metoden. Kvantitativ metode vektlegger objektivitet, systematikk og kontroll, mens man innen kvalitativ metode søker å oppnå en dybdeforståelse av aktuelle fenomen, for eksempel erfaringer og opplevelser hos informanter (Lund et al, 2006).

Bakgrunnen til at jeg valgte både en kvantitativ og kvalitativ metode, var at jeg i tillegg til at jeg ønsket å snakke med informantene og høre deres erfaringer, opplevelser og refleksjoner over temaene i et intervju, også ønsket å få et innblikk i konteksten sykepleierne arbeider i. Videre ønsket jeg bakgrunnsinformasjon om informantene, få en oversikt over utbredelse av individuell plan i kommunene og hvordan kommunene har organisert arbeidet med

individuell plan, samt at jeg ønsket at informantene skulle få et innblikk i temaene før jeg møtte informantene til intervju. Derfor fant jeg det hensiktsmessig å utarbeide et kartleggingskjema som informantene svarte på i forkant av intervjuene.

Kvalitative data kan avspeile variasjon og gir mulighet til å fordype seg i ett enkelt tema (Kvale og Brinkmann, 2009; Polit og Beck, 2008). Malterud (2003) beskriver kvalitativ metode som en forskningsstrategi som er mest egnet til å beskrive og analysere karakteren og kvaliteten av et spesielt fenomen gjennom menneskers erfaringer og tolkninger. Målet med kvalitative metoder er å utforske betydningen av sosiale fenomener som det erfares og oppleves av mennesker i deres naturlige miljø (*ibid*).

Malterud (2003) viser også til at man gjennom kvalitative metoder utforsker meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng. I kvalitativ metode prøver forskeren å komme så nær fenomenet som mulig, noe som kan bidra til en større mulighet til å oppnå en dybdeforståelse av de aktuelle fenomenene. Målet er ofte å utvikle en rik forståelse av et fenomen (Polit & Beck, 2004).

Innen kvalitativ forskning er ulike former for intervjuer den mest utbredte datagenereringsmetoden, og særlig såkalte semistrukturerte intervjuer eller dybdeintervjuer (Tjora, 2012). Dybdeintervjuer brukes der man vil studere meninger, holdninger og erfaringer, og der man er ute etter livsverdenen til informanten eller verden sett fra informantens ståsted. Målet med denne intervjuformen er å skape en situasjon for en relativ fri samtale som kretser rundt noen spesifikke temaer som forskeren har bestemt på forhånd (Tjora, 2012 og Kvale 1997).

Kvale (1996) hevder at det kvalitative intervjuet er en verdifull metode for å få kunnskap om folks opplevelser og for å forstå deres livsverden. Han beskriver forskningsintervjuet som en spesifikk form for samtale og en prosess for interaksjon mellom to mennesker som utveksler synspunkter på spesifikke emner.

Et semistrukturert intervju - slik Tjora (2012) og Kvale (1996) beskriver det - anså jeg som en velegnet og hensiktsmessig metode – sammen med kartleggingskjema - for å oppnå hensikten med denne studien – å få kunnskap om hvordan sykepleiere som er koordinatører

erfarer individuell plan som en arbeidsmetode for å fremme samhandling mellom aktører i helse- og omsorgstjenestene. Kartleggingsskjema ga meg et innblikk i konteksten sykepleierne arbeider i, informasjon om organiseringen av individuell plan i kommunene og bakgrunnsinformasjon om informantene og kommunene i studien, og i intervjuene kunne informantene fortelle fritt og uttrykke sine synspunkter, meninger og erfaringer verbalt.

4.2 Setting for studien

Siden målet med denne studien er å få innsikt i hvordan sykepleiere som er koordinatorene erfarer individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandling, trengte jeg sykepleiere i kommuner som hadde erfaring som koordinatorene. Innen strategisk utvelgelse er flere strategier og klassifiseringer blitt identifisert, blant annet av Patton (Polit & Beck, 2004). Maksimum variasjon er en av Pattons strategier ved utvelgelse av informanter til studier, og er en fremgangsmåte som kan benyttes ved kvalitative studier. Maksimum variasjon beskrives som en fremgangsmåte som omfatter en hensiktsmessig valg av informanter med et bredt spekter av variasjoner (*ibid.*). Maksimum variasjon kan innebære at personer med forskjellig bakgrunn er representert i utvalget og det kan innebære bevisste forsøk på å inkludere mennesker med ulike synspunkter om fenomenet som skal studeres (*ibid.*). Med mål om å oppnå maksimum variasjon i denne studiens utvalg og for å utforske om det er noen forskjeller i hvordan kommunene både organiserer og utøver arbeidet med IP, fant jeg det nyttig og hensiktsmessig å inkludere ulike kommuner. Videre ønsket jeg å få innsikt i om det er variasjoner i hvordan store og små kommuner arbeider med IP, slik at det også ble anvendt maksimum variasjon utvelgelse ved at det ble valgt ut 4 kommuner med mellom 30 000 og 50 000 innbyggere og 4 kommuner med 2000 – 5 000 innbyggere.

4.3 Rekruttering og utvalg

Innen kvalitativ forskning er datainnsamling ikke styrt av prinsippet om representativ utvelgelse, men heller med tanke på hvem som kan belyse spørsmålene man ønsker å undersøke (Malterud, 2003). Målet med rekrutteringen til denne studien var å skaffe informanter som både ønsket å delta og som kunne kaste lys over problemstillingen. Jeg ønsket derfor ikke et tilfeldig utvalg, slik at jeg rekrutterte informanter gjennom strategisk utvelgelse. Et strategisk utvalg er informanter som blir valgt ut på grunnlag av daværende

kunnskap som informantene besitter (*ibid.*). Som nevnt i punkt 4.2 benyttet jeg maksimum variasjon som fremgangsmåte ved valg av kommuner.

For å få tilgang til forskningsfelt ble det sendt forespørsel til 8 kommuner, adressert til kommunens helse- og omsorgsleder, om å få benytte deres kommuner som forskningsfelt. I samme henvendelse ba jeg om å få en kontaktperson for et eventuelt videre samarbeid (vedlegg 4). Deretter hadde jeg telefonkontakt med kontaktpersonene. Brev (vedlegg 5) som beskrev studien, fremgangsmåte og kriterier for utvelgelse av informanter, samt informert samtykkeerklæring (vedlegg 6) som kontaktpersonen ga aktuelle informanter i sin kommune ble sendt ut umiddelbart etter telefonkontakten. Kriteriene for utvalget var at personene er sykepleiere og har eller har hatt koordinatoransvar for individuell plan, at sykepleierne er fast ansatt i kommunen og har jobbet som sykepleier i minst 3 år.

Jeg mottok samtykkeerklæringer fra 10 informanter fordelt på 5 kommuner, som alle innehadde kriteriene for studien. Ut fra dette ble det gjort en tilfeldig utvelgelse av to informanter i 3 kommuner. Fra 2 kommuner fikk jeg 1 informert samtykkeerklæring, slik at utvelgelse ikke var aktuelt.

Totalt fikk jeg 8 informanter - 5 kvinner og 3 menn.

4 informanter jobbet i kommuner med mellom 2000 og 3500 innbyggere. 2 informanter i kommuner med mellom 35000 og 44000 innbyggere og 2 informanter i en kommune med 14000 innbyggere.

4.4 Datainnsamling

Datainnsamlingen i denne studien besto av to faser, hvor fase en utgjorde et kartleggings skjema som informantene svarte på i forkant av intervjuene. Fase to var intervjuene. Det følgende vil redegjøre for og beskrive prosessen med datainnsamlingen, utarbeidelse av intervjuguide og selve gjennomføringen av intervjuene.

4.4.1 Kartleggings skjema

Kartleggings skjema (vedlegg 1) ble sendt til informantene i god tid før intervjuene. Hensikten med kartleggings skjema var at informantene skulle få et innblikk i temaene for intervjuene og at jeg ønsket å få bakgrunnsinformasjon om informantene og et innblikk i konteksten de arbeider i ved å få en oversikt over utbredelse av individuell plan i kommunene og hvordan kommunene hadde organisert arbeidet med individuell plan. Jeg vurderte også at kartleggings skjema ville fungere som en forberedelse til intervjuene både for informantene og meg selv.

Utsendelse og svar på kartleggings skjemaene ble gjort pr e-post. Spørsmålene i kartleggings skjema var knyttet til informantenes erfaringstid med individuell plan, hvilke brukergrupper som har IP, kort om koordinatorrollen, organisering av IP og om samhandling. Spørsmålene var i hovedsak korte og med åpne svar. Det vil si at spørsmålene ikke hadde faste svaralternativer. Noen spørsmål var av typen ja/nei-spørsmål.

Jeg fikk positiv tilbakemelding fra informantene på at kartleggings skjema hadde bidratt til at de hadde begynt å reflektere og forberede seg til temaene for intervjuene, samt at de hadde gjort kartlegginger i sine enheter og kommuner, slik at de kunne svare på de spørsmålene de selv ikke hadde kunnskap om. Blant annet spørsmål knyttet til omfanget av individuelle planer, hvem brukergrupper som har IP og antall koordinatører, samt hvilke tjenester koordinatorene kommer fra.

4.4.2 Intervjuguide

På bakgrunn av studiens forskningsspørsmål og gjennomgang av litteratur ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2) i samarbeid med veileder. En intervjuguide er et manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre stramt og den kan enten inneholde noen temaer som skal dekkes, eller være en detaljert rekkefølge av omhyggelig formulerte spørsmål (Kvale et al, 2009). For best mulig å kunne svare på problemstillingen ble intervjuguiden utarbeidet med 5 hovedtemaer med 3-6 spørsmål under hvert tema. Tematisk relatert til intervjuets "hva" – til de teoretiske oppfatningene av temaene og produksjon av kunnskap, og dynamisk til "hvordan" - for å få frem intervjuets "hvordan", for å fremme et positivt samspill i intervjuet og holde samtalen i gang, samt for å stimulere informantene til å fortelle om sine erfaringer (Kvale et al, 2009).

Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av sentrale føringer relatert til IP og tidligere forskning og undersøkelser om utbredelse av IP, hva det er ved IP som bidrar og hemmer til samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgstjenestene og forskning knyttet til pasienters, helsepersonell og lederes erfaring med bruken av individuell plan og med samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestene i arbeidet med planene. Hovedtemaene i intervjuguiden var; om koordinatorrollen, refleksjoner rundt IP-ordningen, organisering av IP i kommunene, samhandling og bruker/pasient.

4.4.3 Pilot

For å teste kartleggingsskjema og intervjuguiden, samt det tekniske rundt intervjuene, gjennomførte jeg en pilot av kartleggingsskjema og intervjuguiden med å ha et prøveintervju. Informanten ga tilbakemelding om at spørsmålene i kartleggingsskjema var klare og forståelige, og at det fungerte godt som en forberedelse til selve intervjuet. Han var imidlertid tydelig på at det var noen spørsmål i kartleggingsskjema som han måtte ha hjelp fra andre i sin kommune for å svare på. Det gjaldt spørsmålene om hvor mange pasienter/brukere som har IP i kommunen, hvor mange som er koordinatorene, hvor mange sykepleiere som er koordinatorene, hvilke enheter koordinatorene kommer fra og om det er faste møteplasser/samarbeidsforum utenom arbeidet med individuell plan i kommunene.

I prøveintervjuet opplevde jeg at temaene og spørsmålene fulgte logisk på hverandre, samtalen fløt godt og informanten gav tilbakemelding på at spørsmålene var tydelige å forstå. Jeg gjorde derfor kun minimale endringer av intervjuguiden etterpå. Fordi prøveintervjuet - inkludert testen av kartleggings skjema - ga mye informasjon og fungerte godt, fikk jeg tillatelse av informanten til å inkludere dette intervjuet i datamaterialet. Informanten hadde på forhånd skrevet under på samtykkeerklæring.

4.4.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i perioden juni – september 2012. Informantene valgte selv tid og sted for intervjuene, slik Tjora (2012) anbefaler. Samtlige intervjuer fant sted på informantenes arbeidssted, i lukkede møterom. Intervjuene varte i 40 – 60 minutter, og ble tatt opp på lydbånd.

Kvale et al (2009) beskriver forskningsintervjuet som en interpersonlig situasjon, en samtale mellom to parter om et emne av felles interesse. Strukturen på et forskningsintervju er nær en samtale, men at det innebærer metoder og teknikker for spørsmål. Det skilles ofte mellom en åpen form for intervju ved at informanter snakker fritt om et emne og en strukturert form for intervju der informanten svarer på forhåndsdefinerte spørsmål (Kvale, 1996).

Intervjuformen jeg har valgt i den kvalitative delen av denne studien er et semistrukturert intervju, slik Kvale et al beskriver det (2009). Denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på å fortolke betydningen av de beskrevne fenomenene. Intervjuformen er semistrukturert som betyr at det verken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Det gjennomføres ved hjelp av en intervjuguide som fokuseres på bestemte temaer og som kan inneholde forslag til spørsmål. En intervjuguide er et manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre stramt. I et semistrukturert intervju vil guiden inneholde en oversikt over emner og forslag til spørsmål (*ibid.*).

Fordelen med å bruke semistrukturert intervju er at det er preget av åpenhet når det gjelder endringer i rekkefølgen og formuleringen av spørsmål, det er fleksibelt for uventede temaer

og emner under intervjuet og det skaper mulighet for oppfølgingsspørsmål og utdyping av enkelte temaer (Kvale, 1996; Kvale et al, 2009).

Kvale et al (2009) foreslår noen retninger for å skape åpenhet og tillit i intervjusituasjonen som jeg fant nyttig når jeg gjennomførte intervjuene. Jeg startet intervjuene med en brifing hvor jeg fortalte om hensikten med intervjuet, bruk av båndopptaker og konfidensialitet, og spurte om informantene hadde noen spørsmål før vi startet selve intervjuet. Selve intervjuet startet med at jeg gikk gjennom kartleggingsskjema som informantene hadde sendt meg på e-post på forhånd. Noen av informantene hadde behov for å utdype svarene de hadde gitt. Under intervjuet lyttet jeg oppmerksomt og viste interesse, forståelse og respekt for hva informantene fortalte. Jeg opplevde at samtalene forløp godt og informantene snakket ivrig og engasjerende om sine erfaringer rundt temaet. Det falt naturlig i flere av intervjuene å komme med oppfølgende spørsmål til det informantene fortalte og beskrev. Intervjuet ble avsluttet med en debrifing, hvor informantene fikk mulighet til å snakke fritt om det var noe de ønsket å legge til før vi avsluttet samtalene. Etter at båndopptakeren ble slått av var det i flere av intervjuene at vi hadde samtaler om både temaene og selve intervjuet, og samtaler av mer generell art. Det følte helt naturlig å avslutte møtene med informantene på denne måten.

Jeg opplevde gjennomføringen av intervjuene som en positiv og lærerik utfordring. I prøveintervjuet fulgte jeg intervjuguiden strengt, men etter hvert brukte jeg guiden mer som en sjekklister og intervjuene ble mer som en konversasjon. På denne måten ble det også mer naturlig å komme med oppfølgingsspørsmål og intervjusituasjonen ble mer åpen og fleksibel for temaene.

Informantene fikk mulighet til å lese det transkriberte datamaterialet, men ingen ønsket dette.

4.5 Forskningsetiske vurderinger

I kvalitativ forskning er det etiske problemstillinger som man må ta hensyn til og ivareta gjennom hele forskningsprosessen, og ikke bare i selve intervjusituasjonen. Etiske problemer i intervjuforskningen oppstår spesielt på grunn av de komplekse forholdene som er forbundet med å utforske menneskers liv og legge beskrivelsene ut i det offentlige (Kvale et al, 2009). Jeg har tilstrebet gjennom hele forløpet med studien å ivareta høy grad av etisk refleksjon og ivareta de etiske retningslinjene for kvalitativ forskning, slik blant annet Kvale et al beskriver (*ibid.*).

Den følgende delen av kapittelet beskriver etiske vurderinger og refleksjoner som ligger til grunn for studien.

4.5.1 Informert samtykke og konfidensialitet

Informert samtykke og konfidensialitet er to av de etiske områdene som Kvale et al (2009) beskriver som etiske rammer og påminnelser når man skal utføre intervjuforskning. Informert samtykke betyr at forskningsdeltakerne informeres om studiens overordnede mål og om hovedtrekkene i designen, og om mulige risikoer og fordeler ved å delta, samt at man som forsker sikrer seg at informantene deltar frivillig og informerer dem om retten til å trekke seg ut av undersøkelsen (Kvale et al, 2009). Konfidensialitet innebærer at private data som identifiserer deltakeren ikke avsløres (*ibid.*).

Alle informantene i denne studien fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og hver informant gav skriftlig informert samtykke til å delta. Informantene fikk også informasjon om muligheten til å trekke seg fra studien om og når de måtte ønske det (vedlegg 5). Det ble gitt informasjon om tema og prosedyrer for hvordan intervjuene skulle foregå, og at datamaterialet ville behandles anonymt, samt at intervjuene vill bli slettet når oppgaven ble ferdig.

I forkant av alle intervjuene gjennomgikk jeg informasjonen - som nevnt over – med informantene for å sikre meg at de hadde forstått og mottatt informasjonen.

For å sikre anonymiteten til informantene som presenteres i denne studien brukes det ingen navn på informantene og det er ingen personlig informasjon som er blitt avslørt.

Informanter bør ikke utsettes for noen økt risiko for følelsesmessig eller fysisk skade, eller ansvar som følge av å delta i en studie (Kvale, 1996). Siden informantene i denne studien deler sine erfaringer rundt samme sak – samhandlingen med helse- og omsorgstjenestene i arbeidet med individuell plan – og dermed om andre aktørene som er involvert i IP, fant jeg det riktig å heller ikke nevne navnene på kommunene som informantene kommer fra.

Denne studien ble registrert og godkjent i Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg 3). Fordi studiens formål ligger utenfor helseforskningslovens virkeområde og det ikke skulle innhentes pasient- eller helseopplysninger, krevdes det ikke samtykke fra Regional Etisk Komitè.

4.5.2 Konsekvenser

Konsekvenser er et annet etisk område som Kvale et al (2009) beskriver, og området knytter seg både til den mulige skade som kan påføres informantene, og de fordeler de kan forventes å få ved å delta i en undersøkelse. Slik jeg vurderte studien min var det ingen fordeler eller ulemper for informantene ved å delta i undersøkelsen, og det ble de informert om på forhånd.

I intervjuene opplevde jeg at samtlige informanter var avslappet og rolige. Det var god stemning, åpne og naturlige samtaler og jeg fikk inntrykk av at informantene synes det var interessant å dele sine erfaringer. Flere informanter takket for at de fikk mulighet til å bli intervjuet. De gav ingen opplysninger eller informasjon som jeg har vurdert som har vært av en slik art at informantene i ettertid har angret på å ha delt med meg.

4.5.3 Refleksjon rundt egen rolle

I kvalitativ forskning skal forfatterens forforståelse være synlig slik at leseren vet hvilket ståsted forskeren har (Malterud, 2003). Malterud sier videre at forforståelse er den ryggsekk vi bærer med oss inn i et forskningsprosjekt og at innholdet hele veien vil påvirke måten vi samler inn og leser våre data på. Som regel er forforståelsen en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang med forskning om et bestemt tema (*ibid.*)

Kvale et al (2009) beskriver at forskerens rolle og dens rolle som person, og forskerens integritet – hans eller hennes kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet – er avgjørende

faktor for kvaliteten på kunnskapen. Betydningen av forskerens integritet øker i forbindelse med intervju, fordi intervjueren selv er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap (*ibid.*).

Å forske i egen kultur kan i følge Malterud (2003) innebære flere fordeler. Kunnskapen man har om fagfeltet kan gjøre det mulig å forstå ulike fenomener som en utenfor ville ha vanskeligheter med å forstå. Dette er kunnskap som ikke bare styrker forskeren med å forstå, men det kan også bidra til å skape tillitt og forståelse i samspillet med informantene i intervjusituasjonene. Samtidig kan det å ha kunnskap om et område, tema eller fenomen man er kjent med, bidra til at man tar ting for gitt. Dette kan føre til en "blindhet" ved at man ser hva vi er vant med å se, og man søker mer etter bevis som kan validere våre egne erfaringer og forståelser. Dermed kan viktige indikatorer som kan føre til ny kunnskap lett bli oversett. Å utføre forskning i et kjent fagfelt eller område utfordrer forskeren til å se utover skylappene av sine kunnskaper og erfaringer, og til å være åpen for ny kunnskap og nye erfaringer (*ibid.*).

Når jeg startet planleggingen med denne studien hadde jeg lite erfaring og kunnskap med hvordan samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestene foregår i arbeidet med individuell plan i kommunehelsetjenesten. Jeg arbeider i en administrativ stilling i en fagavdeling innen rehabilitering, på spesialisthelsetjenestenivå. Selv om jeg ikke jobber direkte med pasienter i en klinisk avdeling, vil jeg likevel si at jeg arbeider i samme fagfelt som jeg nå gjør en studie i. Jeg er - som informantene i studien – sykepleier, men på et annet forvaltningsnivå. Individuell plan og samhandling er sentralt generelt innen helse- og omsorgstjenesten på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer. Det arbeides med individuell plan og samhandling både i klinikk og på administrative nivå, slik jeg gjør. Jeg vil dermed hevde at jeg har kunnskap og erfaring med hvordan det arbeides med individuell plan og samhandling hovedsaklig i spesialisthelsetjenesten, men jeg er godt kjent med lovverk og nasjonale føringer for samhandling og IP også innen kommunehelsetjenesten.

I kvalitativ forskning er forskerens objektivitet verken mulig, eller nødvendigvis ønskelig: "*neutrality is not figured to be necessary or achievable.*" (Patton, 1999). Jeg ønsket å bli kjent med en praksis som jeg ser meg selv som en del av ved at jeg er sykepleier i helsetjenesten i Norge. Dette innebærer en erkjennelse av at jeg som forsker utgjør en del

av temaene som undersøkes (Polit & Beck, 2008). Det er - slik jeg ser det - umulig for meg å ikke ha et visst innenfra-perspektiv. Jeg har derfor gjennom arbeidet med studien jevnlig tatt noen skritt tilbake for å se hvordan jeg har påvirket og er blitt påvirket underveis, slik også Malterud (2003) anbefaler.

Refleksjon og diskusjon av metode presenteres i kapittel 6.2.

4.6 Analyse

I det følgende redegjør jeg for prosessen med å analysere det empiriske materialet.

Intervjuene ble strukturert for analyse gjennom å transkribes fra lydbånd til skriftlig tekst.

Resultater fra kartleggingsskjemaene er systematisert i form av tabeller og beskrivelser som presenteres i kapittel 5, punkt 5.1 og 5.2.

4.6.1 Transkribering

Når alle intervjuene var gjennomført, startet jeg å organisere og behandle det empiriske materialet. Jeg hørte på lydbåndopptakene flere ganger før jeg transkriberte intervjuene til skriftelige tekster. Kvale (1996) beskriver prosessen med å transkribere som den første delen av analysen hvor forskeren blir kjent med materialet. Det er ingen standarder for metoder for transkripsjon av forskningsintervjuer, men det er noen grunnleggende valg som bør gjøres, slik som; skal uttalelsene transkribes ordrett eller bør intervjuene transkribes til en mer formell skriftlig stil (*ibid.*). Malterud (2003) viser til at formålet med transkriberingen er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele. På bakgrunn av dette anså jeg det som viktig at jeg selv transkriberte intervjuene. Ved å ha vært tilstede under intervjuene når ting ble sagt, og at jeg selv fikk med meg konteksten det ble sagt i, samt stemningen under intervjuene, opplevde jeg som en ressurs i prosessen hvor det empiriske materialet skulle analyseres videre. Jeg valgte å transkribere intervjuene ordrett og fullstendig, så nær den muntlige formen som mulig, slik Tjora (2012) anbefaler. Dette for å bevare meningsinnholdet i uttalelsene til informantene. Samtidig kan en ordrett gjengivelse av muntlige uttalelser gi ulike betydninger til samtalen når den settes opp skriftlig, spesielt hvis informantene har en spesiell dialekt eller verbal uttrykksform (Malterud, 2003). Når man transkriberer intervjuer er forvrengning av

meninger uunngåelig, siden det er umulig å få en nøyaktig og korrekt verbal presentasjon av en samtale (*ibid.*). Under transkripsjonen måtte jeg gjøre noen små justeringer og endringer i teksten for å gjøre uttalelsene mer presise, men jeg forsøkte å være tro til hva informantene forsøkte å kommunisere. Denne formen for transkripsjon kalles også lett modifisert ordrett transkripsjon (Malterud, 2003).

4.6.2 Analyseprosedyre

Det finnes en rekke ulike tilnærminger til å analysere kvalitative studier, og valg av metode vil avhenge av hva slags kunnskap man søker og materialet man har (Malterud, 2003). I analysen av det empiriske materialet i denne studien valgte jeg en metode kalt stegvis-deduktiv-induktiv metode (SDI) slik den er beskrevet av Tjora (2012). Modellen skisserer kvalitativ forskning som en etappevis prosess, hvor man kan være på ulike stadier i modellen samtidig, for ulike deler av prosjektet, og den er utviklet med det idealet om å ta ut potensialet i den empirien man har generert. Konseptuell generalisering er målet med SDI-metoden. Det betyr at man søker å fremstille funn i form av typologier, modeller, begreper, metaforer eller lovmessigheter som ikke direkte er knyttet spesifikt til kun den empirien som ligger til grunn. For å sikre relevans utover data som analyseres i et prosjekt, benyttes tidligere forskning og teorier som støtter opp under en større gyldighet og generaliserbarhet (*ibid.*).

Jeg anså SDI-modellen som en velegnet metode for studien min og mente den dannet et godt utgangspunkt for systematikk og fremdrift i forskningsprosjektet. Metodens systematiske struktur vurderte jeg til å være et godt hjelpemiddel for meg som "fersk forsker". Modellens prinsipp om induktiv analyse, hvor temaer utvikles på bakgrunn av detaljerte koder, antok jeg ville bidra til at jeg evnet å betrakte det empiriske materialet og innøve en tekstnær koding av analysedata og ikke arbeide med analysen ut fra en variabeltenkning slik som i kvantitativ forskning. Å tenke i variabler betyr at man betrakter empiriske data ut fra tema som kan sorteres, hvor hvert tema har en tilhørende tekstlig beskrivelse (*ibid.*).

SDI-metoden består av faser og metoden innebærer at man jobber i etapper fra *rådata* til *konsepter* eller *teorier*. Man jobber *induktivt* - fra data mot teori – og *deduktivt* ved at man jobber fra det teoretiske til det empiriske.

Generering av empirisk data og bearbeiding av data utgjør de to første stegene i SDI-modellen. Disse fasene i denne studien er beskrevet i punkt 4.4 og 4.6.

Etter transkribering av alle intervjuene, satt jeg igjen med behandlede data eller det Tjora (2012) kaller analysedata og jeg gikk da inn i neste fase i SDI-modellen; koding.

Målet med koding er å generere *tekstnære koder*, det vil si koder som kun er utviklet fra datamaterialet, og ikke fra teori, hypoteser, forskningsspørsmål eller fra planlagte temaer (*ibid.*). Jeg startet med det første transkriberte analysedokumentet og opprettet koder, det vil si ord og uttrykk som beskrev avsnitt eller utsnitt av datamaterialet. Tabellen under viser eksempler på koder.

Tabell 1: Eksempler på koder.

Koordinerer, samler sammen, innkaller, legger til rette, følger opp, samler etatene, holder bruker og pårørende oppdatert
Mangel på opplæring, jobber selvstendig på godt og vondt, leder legger seg ikke opp i hva jeg gjør, må finne ut av ting på egenhånd, selvlært, lite samarbeid med andre koordinatører

Deretter gikk jeg videre til neste dokument og fortsatte med de samme opprettede kodene fra første dokument og laget nye koder der det trengtes. Slik arbeidet jeg meg gjennom alle de åtte analysedokumentene og fikk en liste med koder, alle generert induktivt med utgangspunkt i analysedata, slik Tjora (2012) beskriver SDI-modellens fase om koding.

Etter fasen med koding satt jeg igjen med et kodesett i tillegg til analysedata, som begge representerte empirien. For å sørge for en god link mellom kodene og hvor i datamaterialet kodene var knyttet til, merket jeg hele veien av hvor i datamaterialet kodene var hentet ut fra. Dette kodesettet dannet utgangspunktet for neste fase i SDI-analysen; kategorisering.

Kategoriseringen besto av å samle kodene som er relevante for problemstillingen i denne studien i kategorier, og disse dannet utgangspunktet for hovedtemaene i analysen og strukturerte studiens resultatdel. Tabellen under viser eksempler på koder og kategorier.

Tabell 2: Eksempler på koder og kategorier.

Koder:	Kategori:
Koordinerer, samler sammen, innkaller, legger til rette, følger opp, samler etatene, holde bruker og pårørende oppdatert	”Trekker i trådene”
Mangel på opplæring, jobber selvstendig på godt og vondt, leder legger seg ikke opp i hva jeg gjør, må finne ut av ting på egenhånd, selvlært, lite samarbeid med andre koordinatører	Koordinatorrollen - en selvstendig rolle

I denne fasen er det, slik Tjora (2012) beskriver, problemstillingen - og ikke empirien - som bestemmer hva som er relevant og målet med kategoriseringen er å komme frem til temaer som både tar ut potensialet i empirien og svarer på studiens forskningsspørsmål (*ibid.*).

I de overnevnte fasene av SDI-modellen arbeider man med utgangspunkt i empirien. Fra neste fase som kalles **utvikling av konsepter**, skal det teoretiske ta større styring.

Hovedtema fra forrige fase skal nå knyttes opp til relevante teorier og perspektiver.

Spørsmål man må stille seg og jobbe frem i denne fasen: Hva er det dette handler om?

Finnes det en generell merkelapp på det man nå ser og forstår, samt finnes det teoretiske bidrag som allerede omtaler dette og som er relevant? Konseptene som utvikles kan ha form som begreper, typologier, modeller, metaforer eller lovmessigheter.

De siste fasene i SDI-modellen er **diskusjon av konsepter og utvikling av teori**. Innen samfunnsforskningen er det ulike krav til hva som skal til for å kalle noe en teori, og i store deler av samme forskningsfelt vil man stoppe ved utvikling av konsepter og anse dette som legitime resultater. SDI-modellen opererer med både konsepter og teorier, og skiller disse. Tjora beskriver følgende: ”For at et konsept skal ha status som teori, må det være falsifiserbart og prøvbart”. Siden denne studien er en masteroppgaven, er målet - naturlig nok – å fremstille funn i form av konsepter og ikke teori.

KAPITTEL 5 RESULTATER

I dette kapitlet presenteres resultatene i studien. Del en og del to inneholder resultatene fra kartleggingskjemaet som informantene besvarte skriftlig før intervjuene ble gjennomført. Dette er bakgrunnsinformasjon om informantene og forhold knyttet til organiseringen og utbredelsen av individuell plan i kommunen, samt hvilke tjenester som inngår i arbeidet med IP og hvilke brukergrupper som har IP.

I del tre presenteres resultater fra SDI-analysen av det empiriske materialet fra intervjuene, inndelt i fem kategorier; *Trekker i trådene, Koordinatorrollen – en selvstendig rolle, Betydningen av god kjennskap og relasjon til pasient/bruker, Organisatoriske forhold, og De viktige ansvarsgruppemøtene.*

I del fire gis det en oppsummering av resultatene.

5. 1 Bakgrunnsinformasjon om informantene

Informantene i studien hadde fra 3 til 34 års erfaring som sykepleier og 1,5 til 10 års erfaring som koordinator for individuell plan. Alle – bortsett fra en informant - hadde mellom 4 og 6 brukere/pasienter som de hadde koordinatoransvar for. 5 av informantene i denne studien kom fra tjenester innen psykisk helse. 1 informant kom fra avdeling for helse- og omsorgstjeneste, 1 fra helsestasjon/skolehelsetjeneste og 1 fra avdeling fra familiehelsestjenester.

Tabell 3: Informantenes arbeidserfaring som sykepleier, arbeidserfaring med individuell plan og antall brukere/pasienter informantene er koordinator for.

	Antall år med arbeidserfaring som sykepleier	Antall år med arbeidserfaring med IP	Antall brukere/pasienter med IP pr koordinator
Informant 1	11 år	5 år	4
Informant 2	10 år	1,5 år	4
Informant 3	3 år	3 år	5
Informant 4	33 år	10 år	6
Informant 5	24 år	8 år	6
Informant 6	34 år	5 år	16
Informant 7	7 år	2 år	6
Informant 8	12 år	4 år	4

5.2 Organisering av individuell plan i kommunene

Som tabell 4 under viser oppga informantene i studien at det var etablert koordinerende enheter i 2 kommuner. Det var imidlertid under planlegging å etablere en slik enhet i ytterligere en kommune. I kun 1 kommune var det overordnede ansvaret for arbeidet med IP og koordinator lagt til den koordinerende enheten. I de øvrige kommunene var det henholdsvis avdeling for funksjonshemmede/koordinerende enhet, den enkelte avdeling som hadde brukeren/pasienten, tjenestekontoret i samarbeid med familiehelsetjenester som hadde ansvar knyttet til IP-arbeid og koordinator. I 1 kommune var ansvaret for dette arbeidet lagt til sektorlederen i kommunens helse- og omsorgsavdeling. 3 kommuner hadde implementerte IKT-verktøy for IP, mens 2 kommuner hadde delvis implementert dette. I alle kommunene var det opprettet ansvarsgrupper for individuell plan.

Tabell 4: Organiseringsfaktorer rundt arbeidet med individuell plan i kommunene.

	Hvilken enhet/avdeling har ansvar for IP?	Er det opprettet koordinerende enhet?	Er det implementert IKT-verktøy for IP?	Er det opprettet ansvarsgrupper for IP?
Kommune 1	Sektorleder for helse og omsorg	Nei	Delvis	Ja
Kommune 2	Avdeling for funksjonshemmede/ og koordinerende enhet	Ja	Ja	Ja
Kommune 3	Den enkelte avdelingen som har brukeren/pasienten	Nei	Delvis	Ja
Kommune 4	Tjenestekontoret i samarbeid med familiehelsetjenester	Nei, men det under planlegging	Ja	Ja
Kommune 5	Koordinerende enhet	Ja	Ja	Ja

Informantene i studien kunne ikke oppgi det eksakte tall på antall individuelle planer i sine kommuner, men oppga dette i anslag antall slik tabell 5 under viser. Informantene forklarte dette med at de ikke viste hvor i kommunen de kunne innhente nøyaktig antall individuelle planer eller at det ikke var en enhet/avdeling som hadde en slik samlet oversikt. I to kommuner var det henholdsvis 5 og 13 personer med koordinatoransvar. Av disse var henholdsvis 5 og 4 sykepleiere. I en kommune ble det oppgitt et anslag på 40 personer med koordinatoransvar og ca 30 av disse var sykepleiere. En kommune hadde ikke oversikt over

antall personer med koordinatoransvar i kommunen, men oppga at det var 8 sykepleiere i egen enhet som hadde koordinatoransvar.

Tabell 5: Antall individuelle planer i kommunene, antall personer med koordinatoransvar i kommunen og antall sykepleiere med koordinatoransvar.

	Antall individuelle planer totalt i kommunen	Antall personer med koordinatoransvar i kommunen	Antall sykepleiere med koordinatoransvar i kommunen
Kommune 1	Ca 20	5	5
Kommune 2	Ca 40	13	4
Kommune 3	Mellom 30 og 40	Vet ikke	Vet ikke i hele kommunen, men 8 sykepleiere i egen enhet
Kommune 4	Ca 260	Ca 40	Ca 30
Kommune 5	Vet ikke	Vet ikke	Vet ikke

Tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan

På spørsmål som informantene fikk i kartleggingskjema - om hvilke tjenester som inngår i arbeidet med individuell plan i deres kommuner- var følgende tjenester oftest involvert:

- Tjenester innen rus og psykiatri (7)
- Spesialisthelsetjenester (6)
- Hjemmetjeneste og andre kommunale tjenester (6)
- NAV (6)
- Helsestasjon (5)
- Skole og barnehage (2)
- Fastlege (1)

(tall i parentes = antall informanter)

Som oversikten over viser er det tjenester innen rus og psykiatri, spesialisthelsetjenester og hjemmetjeneste/andre kommunale tjenester som informantene oppga som oftest inngår i arbeidet med IP.

Brukergrupper med individuell plan

Når det gjelder hvilke brukergrupper som hadde individuell plan i kommunene, er svarene fra informantene i denne studien sammenfattet i følgende grupper:

- barn og ungdom med sammensatte behov
- ulike psykiske lidelser
- psykisk og/eller fysisk utviklingshemming – både barn og voksne
- eldre og alvorlig syke f eks personer med ulike kreftdiagnoser
- rus

5.3 Resultater i intervjuene

Presentasjonen av resultatene fra det empiriske materialet som følger i denne delen er delt inn i fem deler, basert på kategoriene som ble analysert frem i SDI-analysen.

5.3.1 "Trekker i trådene"

Rollen som koordinator ble av informantene beskrevet som "den som trekker i trådene" i arbeidet med IP, både mellom pasient/bruker, pårørende og andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten. Koordinatorrollen ble erfart som en viktig del av IP-ordningen for å bidra til samhandling mellom de ulike tjenesteyterne i arbeidet med de individuelle planene. Å trekke i trådene bidro til kontinuitet i arbeidet med de individuelle planene. Informantene beskrev at en viktig del av arbeidet som koordinator er å koordinere de ulike tjenestene som pasient/bruker har og å være et bindeledd mellom aktørene som er involvert i IP-planen. Å koordinere handlet om å legge til rette for og innkalle til ansvarsgruppemøtene, å være en samlende person for pasient og pårørende og å være den personen som har oversikt over tiltak og prosesser rundt pasienten. Rollen som koordinator innebar en tydelig forpliktelse uttrykte informantene, en forpliktelse både overfor pasient/bruker og overfor de andre tjenesteyterne, og dette var en vesentlig faktor ved IP som arbeidsmetode for å fremme samhandling mellom aktørene.

"Jeg er en samlende person for foreldrene til barna. Er den som litt trekker i trådene og holder fokus for at de skal få den hjelpen de har behov for og trenger".

"Det er å være bindeleddet mellom bruker og alle i hele nettverket rundt brukeren".

Å være koordinator innebærer å ha det overordnede ansvaret for at tjenester og tiltak rundt pasient/bruker blir fulgt opp og sikre fremdriften i IP-prosessen. Betydningen av å holde andre – både bruker/pasient, foreldre og andre tjenesteytere oppdatert om forhold knyttet til IP-arbeidet ble fremhevet, samt betydningen av at pasient/bruker har en person å forholde seg til.

"Det er at foreldrene og de unge opplever at de har en person å forholde seg til og en som har oversikt, og som har evnen til å kunne trekke trådene, lede møter og skrive planer og ikke mist å se til at det blir gjennomført".

"Jeg skal være den som har oversikten og på en måte hold de andre oppdaterte og følge opp den planen som vi setter opp".

Rollen som koordinator ble erfart som en givende og lærerik oppgave. Betydningen av å være til hjelp og være en ressurs for pasienten/brukeren og for pårørende var viktig for informantene i denne studien. De anså funksjonen som en avlastning for pasienten og pårørende, slik at disse skulle unngå å måtte forholde seg til mange ulike tjenesteytere.

”Jeg synes det er veldig interessant, og jeg liker godt denne jobben. Og få det til når det er en sak hvor mye er usikkert og ansvarsforholdene er uavklarte og da se at det er mulig å kunne hjelpe de unge og foreldrene”.

Informantene i studien understreket viktigheten av å ha god kunnskap og oversikt over de ulike tjenestene og systemene i helse- og omsorgstjenestene for å være det de beskrev som en kvalifisert koordinator, og for å trekke i trådene med planen og legge forholdene til rette for god samhandling i prosessene. De hadde gjennom årene erfart at rollen som koordinator hadde bidratt til at de hadde blitt bedre kjent med helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Dette hadde gitt dem en erkjennelse av betydningen av en helhetsforståelse, slik de uttalte det og de vurderte dette som viktige faktorer ved IP som arbeidsmetoden for fremme samhandlingen mellom aktørene og brukerne.

”Det er mye du må sette deg inn i av systemer. NAV og støtteordninger og sånn, så det er mange å forholde seg til som koordinator egentlig..”

”Det er vel dette med den mer helhetsforståelsen for helsetjenestene som jeg har erfart er vesentlig med det å være koordinator.”

Informantene var positive med hensyn til samhandlingen med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten i arbeidet med de individuelle planene og mente IP er en arbeidsmetode som hadde bidratt til bedre samhandling og til et bedre og mer koordinert tjenestetilbud til pasientene. De erfarte rollen som koordinatører som en viktig funksjon med arbeidsmetoden IP og for samhandlingen, og koordinatorrollen var en vesentlig faktor for å bidra til kontinuitet i arbeidene med de individuelle planene.

”Det er noe med det at det er de samme personene som er involvert over tid og så møtes vi jevnlig. Får liksom erfaring med å jobbe sammen med hverandre. Da blir det kontinuitet over arbeidet og fremdrift med planene.”

Kontinuitet i arbeidet med IP-planene bidro til bedre innsikt og til en økt forståelse for pasientens/brukerens behov og livssituasjon. Kontinuitet bidro også til fremdrift i

planprosessene og til å skape bedre kommunikasjon mellom aktørene i arbeidet med de individuelle planene, samt mer åpenhet og tillitt mellom alle involverte.

”Jeg føler at dette med forpliktelse er det viktige. Dette med at det er skriftlig og dokumentert. At det står hvem som har ansvar for hva. Da kan man hele tiden gå tilbake til den og si, ja, det var dette vi avtalte og sånn.”

Å være koordinator for individuell plan innebar en tydelig forpliktelse for koordinatorene i denne studien. Ved at ordningen med individuell plan er lovfestet gjør arbeidet mer forpliktende, både overfor pasient/bruker og pårørende og overfor de andre tjenesteyterne i helse- og omsorgstjenesten. Da har man rettigheter som bruker og forpliktelser som tjenesteyter, sa informantene. Det at arbeidet med IP-planen er et skriftlig dokument og ved at det skal dokumenteres hvem som har ansvar for de ulike oppgavene og tiltakene, det skal settes tidsfrister og mål skal tydeliggjøres, samt at IP-planen skal evalueres jevnlig, ble ansett som viktige faktorene ved IP som arbeidsmetode for å styrke samhandlingen med både tjenestemottaker og tjenesteytere.

”Det forplikter mer når det står i lovverket, at man har rett til og plikt til det. Og at da føler forhåpentligvis alle at en må bidra til det.”

5.3.2 Koordinatorrollen – en selvstendig rolle

Rollen som koordinator ble beskrevet som en selvstendig rolle, hvor det i mange tilfeller var opp til informantene selv hvordan de utførte koordinatorfunksjonen. Det var i liten grad lagt opp til opplæring og veiledning for koordinatorene i kommunene.

”Jeg jobber veldig selvstendig, så jeg gjør på en måte som jeg vil, og ledelsen stoler på en måte på at jeg gjør det rette... Jeg tenker det blir veldig opp til meg selv hvordan jeg gjør det. Å være selvstendig er jo på godt og vondt..”

I kommunene ble det arbeidet individuelt blant koordinatoren med de individuelle planene, og det var lite samarbeid mellom koordinatorene i de ulike tjenestene. Det var også i liten grad noen form for fast samarbeid mellom koordinatorene på tvers av tjenestenivåene.

”Vi jobber veldig individuelt og selvstendig, og vet ikke hvordan de andre jobber. Det gjør i alle fall ikke jeg. Jeg vet ikke hvem de andre koordinatorene er heller.”

Det var en informant i studien som fortalte at kommunen hun arbeidet i hadde system for opplæring og veiledning av koordinatorene. Hun hadde fått opplæring i arbeidet med individuell plan og i koordinatorfunksjonen og deltok på jevnlig veiledninger og refleksjonsgrupper sammen med andre koordinatorene i kommunen. De øvrige kommunene hadde ikke system for opplæring og veiledning knyttet til arbeidet med individuell plan og koordinatorfunksjonen. Dette gjorde at informantene i varierende grad hadde fått noen form for opplæring. Noen hadde deltatt på eksterne kurs, andre hadde fått innføring av andre sykepleiere med erfaring som koordinator for IP og noen erfarte at de var selvlernt i rollen.

”Det er jo mange her som bare har prøvd seg fram på egenhånd og det er vel den eneste formen for opplæringen vi har hatt i kommunen her”.

Flere av informantene pekte på at de manglet kunnskap og innsikt i hvordan andre enheter eller tjenester i kommunen - utenfor sin egen enhet - arbeidet med individuell plan og koordinatorfunksjonen. Dette ble beskrevet som en klar barriere for at samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestene i arbeidet med individuell plan skulle kunne fungere etter intensjonen.

”Jeg vet ikke hvordan de andre avdelingene i kommunen arbeider med IP faktisk, jeg gjør ikke det. Det skulle vært noe samlet for hele kommunen om dette. Tror vi sitter og sliter med de samme utfordringene mange av oss.”

I studien kom det frem flere forslag og ideer til tiltak når det gjaldt opplæring og veiledning, og informantene mente også det burde være et system for samarbeid mellom de ulike enhetene i kommunene. Det ble foreslått etablert et interkommunalt samarbeid for arbeidet med individuell plan og koordinatorene i områder der det er flere små kommuner. Det kom også frem forslag om en fast opplæringsplan som alle koordinatorene i kommunene måtte delta på før de kunne starte å arbeide som koordinatorene for individuell plan. I tillegg fremmet koordinatorene i denne studien behov for jevnlig veiledninger og et ønske om å kunne hospitere i de ulike enhetene i kommunen for å få innsikt i hvordan andre enheter arbeidet med de individuelle planene.

Flere informanter fremhevet at det i mange tilfeller var utfordringer knyttet til hvem som hadde ansvar og hvem som hadde myndighet til å ta beslutninger i IP-arbeidene. Mangel på

beslutningsmyndighet ble fremlagt som hemmende ved IP som arbeidsmetoden for å bidra til samhandling. Det at de som koordinatorene for IP ikke hadde formell myndighet til å gjennomføre tiltakene i planen, eller myndighet til å forplikte de andre tjenesteutøverne til deltakelse og til å samhandle var i tillegg til å være en hemmer til samhandling ved IP også et forhold som hemmet fremdriften i IP-arbeidene. Informantene hadde i liten grad hadde heller ikke innvirkning på hvordan tiltaksbehovene ble definert hos andre i tjenesteapparatet eller hvordan samhandlingen skulle foregå mellom helse- og omsorgstjenestene.

”Det kan være veldig krevende når ønsker og tilbud er motstridende, så kan det være at jeg får skylden for at det ikke går som bruker ønsker seg. Jeg har jo ingen formell makt her, men det er vanskelig for dem å forstå det.”

Diskusjoner om hvem av tjenesteutøverne som hadde ansvar og myndighet til å beslutte tiltak og tjenester til pasienten foregikk både internt i enhetene i kommunene og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Eksempelvis om hvem som hadde ansvaret for å være koordinator eller hvem som hadde ansvar for å utføre tiltak, og hvem som kunne ta beslutninger. Det å kunne fungere som koordinator og også ha beslutningsmyndighet ble fremhevet som ønskelig og som en faktor informantene mente ville bidra til bedre samhandling mellom aktørene i IP-planen og fremdrift i arbeidene.

5.3.3 Betydningen av god kjennskap og relasjon til pasient/bruker

God kjennskap og god relasjon til pasient og bruker var et viktig moment for samhandlingen med bruker og de involverte tjenesteyterne i IP-arbeidet, og for at planen skulle oppleves som positivt og nyttig for pasient/bruker og gi dem et koordinert og tilpasset tjenestetilbud. For informantene i studien handlet det å etablere god relasjon om at pasienten skal oppleve seg sett, respektert, hørt og verdsatt og at det er han/hennes plan og mål som skal stå i fokus og være utgangspunktet for IP. I prosessen med å bli kjent med pasient/bruker og etablere gode relasjoner, ble det lagt vekt på viktigheten av å avklare hvilke forventninger både pasient og eventuelle pårørende hadde til prosessen og IP-arbeidet. Likhetsstegnet mellom individuell plan og brukermedvirkning ble fremhevet av informantene og knyttet til betydningen av god relasjon.

”Relasjonen jeg får til pasienten og foreldrene er jo selve utgangspunktet for jobben videre og kanskje det viktigste med hele IP`n.”

”Det handler jo om brukermedvirkning i praksis egentlig, å få dem til å være aktive i arbeidet med planen og at de klarer å tenke ut hvilke mål til har fremover.”

Det å ha en lyttende holdning og kunne skape tillitt hos pasienten og deres pårørende, var betydningsfullt for å skape god relasjon og det videre arbeidet med planen. Pasientene skulle oppleve at de som helsepersonell og koordinatorene – og de andre tjenesteyterne – var der for dem og ønsket deres beste, og at de sammen skulle jobbe mot felles mål.

Viktigheten av at IP er brukernes plan og ikke tjenesteutøvernes tiltaks- eller målplan ble fremhevet i studien. Planen måtte ta utgangspunkt i brukernes mål, og brukere og eventuelle pårørende måtte involveres i utformingen av planen og delta aktivt i prosessen. Dette fordret at de som koordinatorene i noen tilfeller måtte gi fra seg litt ”styring og kontroll”.

”Det er brukerens plan, det må vi huske! Jeg har vært borti noen individuelle planer som jeg føler er blitt skrevet over hodet på brukeren liksom. Da blir det jo helt feil og har ingen hensikt. Men hvis brukeren er involvert og har sine klare mål, så synes jeg det er et veldig godt arbeidsverktøy.”

For informantene var det betydningsfullt - for å bidra til å skape god relasjon - å bruke god tid spesielt i oppstarten av planprosessen, til samtaler med pasient og eventuelt pårørende. Det var viktig å bli kjent med og lytte til pasientens beskrivelse av sin situasjon, hans eller hennes synspunkter og meninger. Å høre pasientens historie. Dette mente informantene bidro til at planleggingen, kartleggingen av pasientens behov og det videre arbeidet med IP-planen bedre kunne ta utgangspunkt i en helhetlig forståelse av livssituasjonen til den enkelte pasient. Og på denne måten bidra til å legge til rette for god samhandling mellom brukerne og de ulike tjenesteyterne. Samtidig var det tidkrevende å bli kjent og bygge relasjoner til pasienten, og en ”tidsklemme” i forhold til tiden de fikk til IP-arbeidet.

”Jeg tror noe av det viktigste er å bruke god tid på å bli kjent med hverandre før vi begynner med selve IP-planen. De skal jo også bli kjent med meg og trygge i situasjonen. Jeg har gjerne flere samtaler med dem før vi starter.”

Informantene mente det var viktig at pasienten fra første møte med helsetjenesten skulle bli møtt med en holdning som viste at hans eller hennes opplevelse av sin egen situasjon og hvilke behov, ønsker og mål de hadde, skulle bli lyttet til og ivaretatt. Betydningen av at

pasienten og eventuelt pårørende ble aktiv i arbeidet med planen og fikk et eierforhold til den, var avgjørende for relasjonen og arbeidet med planen.

Å etablere god relasjon til pasient handlet også om en forventningsavstemming. Det ble opplevd som utfordrende, krevende og vanskelig når pasienten eller pårørende hadde forventninger til IP-ordningen som verken de som koordinatorene eller andre tjenesteytere i kommunen kunne imøtekomme.

”Det er mange forventninger som ikke kan oppfylles, og noe skriver ned alt de ønsker seg i planen, men så er det jo sånn at det er ikke et juridisk dokument. Ikke alle forstår det, altså at man har ikke krav på det som står der”.

Å avklare hvilke forventninger pasient og pårørende hadde til IP-ordningen så tidlig som mulig i prosessen, ble vektlagt av informantene. Dette var med på å være retningsgivende for hvilke mål og tiltak som de skulle arbeide sammen om, og gjøre samhandlingen med alle involverte i IP-prosessen bedre.

5.3.4 Organisatoriske forhold

Informantene erfarte og beskrev flere forhold knyttet til kommunenes organisering av individuell plan som vesentlige faktorer som var hemmende for at IP som arbeidsmetode skal fremme samhandling. Dette var organisatoriske forhold knyttet til mangel på forankring av IP som arbeidsmetode i kommunenes ledelser, lite kjennskap til IP og mangel på informasjon om individuell plan og koordinator blant tjenesteapparatet. I tillegg beskrev informantene behov for systemer for opplæring, retningslinjer og felles systemer i kommunene for arbeidet med IP og koordinator og det som ble beskrevet som ”et sted å henvende seg”.

Forankring

For å lykkes i arbeidet med intensjonene med individuell plan og koordinatorfunksjonen var det viktig med god forankring både i kommunenes politiske og administrative ledelse, og på de enkelte enhetenes ledelse og mellomledernivå. Informantene erfarte imidlertid at arbeidet med individuell plan og koordinator i liten grad var forankret i ledelsen i kommunene. Dette ble beskrevet som hemmende for at IP som arbeidsmetode skulle bidra til å fremme samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestene. Mulighetene for å lykkes

med IP-arbeidet var dårligere når ikke ledelsen var med på å gi signaler innad i kommunen og støtte opp om at dette arbeidet var viktig, i følge informantene i studien.

”Jeg opplever den som veldig lite forankra egentlig. Altså at de har ikke kunnskap om hva dette dreier seg om.”

Ledelsens innstilling til arbeidet med IP og koordinatorfunksjonen, hvordan de etterspør koordinatorene om hvordan det går i jobben og de signalene ledelsen gir innad i kommunen om IP-arbeidet, var organisatoriske forhold som informantene mente påvirket hvordan arbeidsmetoden med IP kunne bidra til samhandling og styrke arbeidet med IP og koordinator.

”De legger seg ikke så mye opp i det jeg gjør. Det er ingen som etterspør det heller...”

Mangel på forankring handlet for informantene også om at det fra ledelsens side ikke ble satt av nok ressurser til dette arbeidet, slik at de fikk tilstrekkelig med tid til å gjøre oppgavene på en ordentlig måte.

”Det er ikke forankra godt nok og dermed blir det ikke tydeliggjort nok slik at ressursene står i stil til det behovet som er her.”

Arbeidet med de individuelle planene ble erfart som tidkrevende. Det tok tid å sette seg inn i hvordan arbeidet skulle gjøres og det var ikke minst tidkrevende å skape gode relasjoner til pasientene og deres pårørende. Informantene beskrev også at de brukte mye tid på å skrive selve planen, til arbeidet med innkallinger, referater og annen dokumentasjon rundt ansvarsgruppemøtene og de erfarte at oppfølging og dialog både med pasienten og de andre tjenesteyterne krevde mye av deres arbeidstid. Det ble uttrykt at de erfarte at det ikke ble satt av nok tid til IP og koordinatorarbeidet, verken i egne enheter eller hos andre tjenesteytere som deltok i planarbeidet. Det ble av flere informanter opplevd som at koordinatorfunksjonen var noe de skulle gjøre ved siden av sine arbeidsoppgaver som sykepleiere i enhetene de arbeidet i. Informantene mente det var et ledelsesansvar å tilrettelegge slik at de som koordinatører fikk tid og at forholdene ble lagt til rette slik at de fikk utført arbeidet som koordinator for de individuelle planene på en tilfredsstillende måte.

”Jeg har jo mange med IP som jeg ønsker å følge opp, men det er veldig tidkrevende og det blir ikke satt av tid til det egentlig. Det er noe jeg opplever jeg skal gjøre ved siden av alt det andre. Blir et ansvarsgruppemøte utsatt, så blir jeg egentlig glad for det....det tar så mye tid med skriving og alt etterarbeid...”

Behov for informasjon

IP-ordningen og koordinatorfunksjonen ble beskrevet som lite kjent. Informantene mente dette gjaldt både blant pasienter, foreldre/pårørende og blant tjenesteutøvere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Det ble uttrykt et stort behov for bedre og mer informasjonen i kommunene. Dette ble beskrevet som en viktig faktor for å bidra til å nå intensjonen med individuell plan om et helhetlig og koordinert tilbud til pasienten og en bedre samhandling mellom bruker og mellom helse- og omsorgstjenestene.

”På en skala fra 1 til 10 hvor 10 er veldig godt kjent, så ville jeg satt 3 kanskje. Så det er lite kjent”.

”Det er informasjon om dette i alle ledd som mangler”.

Det var i liten grad utarbeidet noen form for skriftlig eller elektronisk informasjon om IP og koordinator i kommunene, og det var svært varierende hvorvidt aktuelle pasienter med behov for IP fikk informasjon om mulig rett til individuell plan. Det som preget praksisen på området med informasjon, var at det ikke var spesielle rutiner eller praksis som gjaldt, men at ansvaret for informasjon hvilte på den enkelte tjenesteutøver. Den tjenesteutøver som kom i kontakt med pasienten/brukeren informerte om den mulige retten til individuell plan. Informantene uttrykte bekymring over den vilkårlige praksisen med informasjon.

”Det er fremdeles opp til den enkelte ansatte å informere brukerne og foreldrene, det er det ikke noen rutiner på her, så jeg tror ikke alle tenker på å informere om den muligheten de har. Jeg tror ikke det er så godt implementert på den måten, selv om alle vet det når man sier det. Men så blir det glemt.”

Ansvarsgruppemøtene var en arena hvor informasjon om IP-ordningen ble formidlet til pasienter og pårørende.

”Som oftest er det på ansvarsgruppemøtene jeg gir informasjonen om individuell plan. Der er jo alle tjenestene representert sammen med pasienten og foreldrene. Men sånn optimalt så skulle jo pasienten og foreldrene fått informasjonen om rettighetene sine og om dette med IP og koordinator lenge før vi kom til selve møte...”

I denne studien kom det frem at det var behov for at kommunene burde utarbeide og implementere et felles system for informasjon om IP og koordinator til både pasienter og pårørende, og til de ulike tjenesteyterne i kommunene. Informantene mente dette ville bidra til at pasienter med behov for IP ville få det og det ville være et viktig tiltak for IP som

arbeidsmetode vill bli mer kjent og ved det igjen bidra til å fremme samhandling slik intensjonen med IP er.

Behov for felles systemer

Informantene pekte på behov for felles systemer og prosedyrer innad i kommunene, også utover overnevnte om felles utarbeidelse av informasjon om ordningene. De mente dette ville være viktige faktorer for å gjøre IP kjent, bidra til å sikre at pasienter med behov for IP fikk det, skape lik praksis i kommunene uavhengig av tjenestenivå og at dette ville bidra til å fremme samhandlingen i arbeidet med planene. Et område som informantene pekte på var felles opplæring og veiledning for alle koordinatorene uavhengig av tjenestested, slik det også ble nevnt i punkt 6.2.2.

”Det er nok mangel på ordentlige systemer på hvordan det skal gjøres... det er nok litt av utfordringen, så det blir veldig tilfeldig det hele og ikke noe helhet over det. Det blir litt sånn gjør de her og sånn der liksom.”

Informantene mente opplæringen burde inneholde temaer knyttet til hva som er formålet med IP og hva det innebærer for den enkelte pasient/bruker og for dem selv som koordinatorene og hva som er koordinatorens rolle og ansvarsområder. Det var også viktig at opplæringen ga koordinatorene kunnskap om hvordan andre aktører og tjenester som blant annet helseforetakene og NAV organiserte og arbeidet med IP og koordinatorene.

Elektronisk individuell plan

Et annet moment knyttet til kommunenes organisatoriske forhold som informantene mente var viktig for at arbeidsmetoden med IP skulle bidra til å fremme samhandling, var behovet for felles elektronisk individuell plan. En plan som brukerne og alle tjenesteyterne – også tjenesteytere utenfor kommunen som blant annet helseforetak og NAV - hadde tilgang til. I noen av kommunene var det implementert elektronisk IP, men med begrenset tilgang og mulighet til at alle tjenesteyterne og pasient/bruker kunne bruke den aktivt. I flere kommuner var det kun koordinatorene som hadde mulighet til å skrive og dokumentere i den elektroniske planen.

”Problemet er at det er bare jeg som bruker Gerica. De andre har et annet system for de jobber med barn og unge og det er en annen avdeling. Så de som ikke har Gerica må få tilgang til det. Så hvis det er lenge siden de har brukt det så må de ha mye support for å huske hvordan de gjør det fra gang til gang. Så som regel blir det til at det er bare jeg som skriver inn i planen.”

Flere av informantene beskrev også at de elektroniske løsningene for IP som var implementert i kommunene, ikke var tatt i bruk på grunn av manglende opplæring.

Et ”sted” for individuell plan

Informantene etterlyste og beskrev behov for et sted – et kontaktpunkt - i kommunene hvor de kunne henvende seg til når det gjaldt arbeidet med og forhold rundt de individuelle planene og koordinatorfunksjonen. Et sted der de kunne søke råd og få veiledning, og samtidig en møteplass eller arena for faglige diskusjoner og utfordringer de møtte på i arbeidet som koordinatører for IP. Dette ”stedet” ble foreslått til også å kunne være tilgjengelig for pasienter/brukere og pårørende. På denne måten kunne koordinatører og andre tjenesteytere henvise pasienter dit når de kom i kontakt med pasienter og pårørende som behov for informasjon og/eller hadde behov for IP, samtidig som pasienter og pårørende kunne ha et fast sted å henvende seg til.

”Jeg savner at det er flere i kommunene som kan noe om dette og at vi på en måte kan få til mer samarbeid og nettverk og et sted hvor vi kan søke råd. Og ikke minst et sted hvor vi kunne ha en faglig diskusjon. Det hadde vært veldig nyttig”.

5.3.5 De viktige ansvarsgruppemøtene

”Det viktigste med å ha denne planen tenker jeg er ansvarsgruppemøtene, det å få til de møtene og å samle alle”.

For å oppnå formålene med IP - om et helhetlig, bedre koordinert og tilpasset tjenestetilbud og bedre samhandling mellom tjenesteyterne - beskrev informantene at det å møte de ulike tjenesteyterne i ansvarsgruppemøtene var en av de mest sentrale faktorene med IP som arbeidsmetode. Ansvarsgruppemøtene ble beskrevet som en arena for koordinering, deling av informasjon, planlegging, diskusjon og utveksling av synspunkter, samt en arena hvor alle rundt brukeren samles – både pasient/bruker, pårørende og tjenesteutøverne. Møtene i ansvarsgruppene bidro også til å skape fremdrift i planarbeidet, og de var viktige for å få

fastlegene til å delta i IP-arbeidet. Informantene opplevde at fastlegen var en viktig aktør i samhandlingen rundt og med IP-arbeidet, men de hadde erfart at det var vanskelig å få disse til å delta utenom ansvarsgruppemøtene.

”Det er det at fastleger får en takst for å møte på ansvarsgruppemøter og det gjør at de faktisk kommer. Fordi at så ofte i andre samarbeidsforum så er det svært problematisk å få de med, og de har jo mye de skulle ha sagt, mye kunnskap, ja, så det er en veldig viktig brikke.”

Det var varierende hvor ofte eller regelmessig disse ansvarsgruppemøtene ble arrangert i kommunene. Dette var blant annet avhengig av kompleksiteten i de ulike planene og tiden de ulike tjenesteyterne satt av eller prioriterte til dette. Informantene uttrykte at regelmessige møter hvor alle involverte deltok fremmet IP-arbeidet og samhandlingen mellom tjenesteyterne som deltok i arbeidet med planene. Samtidig kom det frem i intervjuene i denne studien at det kunne være en utfordring i å få til regelmessige møter hvor alle deltok.

”...når ikke folk møter opp eller har utført det de har ansvaret for, så er ofte hele poenget med ansvarsgruppemøte borte. Mye tid går med til det. Det er et problem å få til møter hvor alle kan delta på for alle er jo så opptatt og da må vi ha lange avtaletider. Det er frustrerende for både bruker og oss andre”.

Informantene erfarte at ansvarsgruppemøtene opplevdes positivt for pasient/bruker og pårørende. Det å kunne møte alle tjenesteutøverne som deltok i IP-arbeidet samtidig ble erfart som viktig, og en felles møteplass som ansvarsgruppemøter, gav både tjenestemottaker og tjenesteytere mulighet til å få en samlet oppdatering og status i de ulike tiltakene og prosessene i IP-arbeidet. Det å møtes i ansvarsgruppemøtene ble også beskrevet som et nyttige for å bidra til å styrke pasient/bruker og pårørende sin involvering, deltakelse og eierskap til selve IP-planen.

”Jeg tror det er det å kunne møtes for dem. Alle etatene på et sted...De får oss samla liksom. Og det å kunne snakke sammen om utfordringer og sånn.”

”Min oppgave er jo å motivere og gjøre dem involvert, hvis ikke så nytter det ikke. Og jeg ser at ansvarsgruppemøtene og når de får fortalt sine historier er en god måte å starte på. Og så er det noe med det å møtes jevnlig og følge hverandre opp.”

Utover ansvarsgruppemøtene var det i liten grad andre faste møteplasser eller rutiner for samhandling på tvers av fag- eller forvaltningsnivå knyttet til arbeidet med individuell plan

og koordinatorfunksjonen i kommunene som informantene deltok i eller hadde erfaring med. De beskrev at samhandlingen i mange tilfeller foregikk ved at man tok kontakt ved behov med andre tjenestenivå eller tjenesteytere.

”Med spesialisthelsetjenesten så – for å si det sånn – det er som regel sånn at de ikke er så delaktige i ansvarsgruppemøte, så de innkaller vi ellers ved behov.”

Utenom ansvarsgruppene- og møtene foregikk samhandlingen ved det som ble kalt ”ad-hoc-løsninger”, bruk og kontakt med ”de jeg kjenner i systemet”, og ut fra praktiske hensyn og ut fra geografi.

”Jeg blir sittende litt på sidelinja...vi møtes bare på ansvarsmøtene...”.

5.4 Oppsummering av resultater

Hovedelementene i hva denne studien kan bidra med i forståelsen av hvordan sykepleiere som er koordinatører for individuell plan i kommunehelsetjenesten erfarer IP som arbeidsmetode for å fremme samhandlingen mellom aktørene i helse- og omsorgstjenestene, kommer frem i de fem hovedkategoriene; *Trekker i trådene, Koordinatorrollen – en selvstendig rolle, Betydningen av god kjennskap og relasjon til pasient/bruker, Organisatoriske forhold* og *De viktige ansvarsgruppemøter*. I de to første kategoriene handler det om hvordan intensjonene med IP som arbeidsmetode henger sammen med koordinatoren og dens legitimitet og koordinatorens utøvelse av sin funksjon, og de forhold koordinatoren erfarte fremmer og hemmer IP som arbeidsmetode for å bidra til samhandling. I kategorien *Betydningen av god kjennskap og relasjonen til pasient/bruker* handler det om hvilke forhold ved brukeren og relasjonen til disse som informantene vurderte som forutsetninger for at IP skal være en hensiktsmessig arbeidsmetode og for å bidra til brukermedvirkning. For at individuell plan skal fungere etter intensjonene, mente informantene det var flere organisatoriske forhold som la premissene for det. Dette var forhold knyttet til forankringen av arbeidet med IP, behovet for mer informasjon om ordningene både til pasienter og tjenesteytere, behov for felles systemer på tvers av tjenestesteder knyttet til opplæring og veiledning, behov for elektronisk individuell plan og informantenes ønske om et sted i kommunen som kunne ha det overordede ansvaret for alt arbeid knyttet til individuell plan. I den siste kategorien *De viktige ansvarsgruppemøtene – arena der samhandlingen rundt IP foregår?* handler om hvilke betydning informantene mente disse gruppene og møtene har i arbeidet med IP og for å fremme samhandlingen med helse- og omsorgstjenestene i arbeidet med de individuelle planene.

KAPITTEL 6 DISKUSJON

Kapittelet er delt inn i to hoveddeler, hvor jeg i del en belyser og diskuterer resultatene i studien og i del to av kapittelet gjøres det en refleksjon og diskusjon av metodene som er anvendt i denne studien.

6.1 Diskusjon av funn

I det følgende diskuteres funnene i studien. Delen er inndelt i tre hvor hver del dekker et av forskningsspørsmålene: *Hvordan er arbeidet med individuell plan organisert i kommunene? Hvordan erfares rollen som koordinator for individuell plan? Hvordan bidrar IP som arbeidsmetode til å fremme og eventuelt hemme samhandlingen?*

Til sammen vil analysen svare opp problemstillingen for studien: *Hvordan erfarer koordinatorene individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandling mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten?*

6.1.1 Organisering av individuell plan i kommunene

Resultater i denne studien viser at i de fem kommunene informantene representerte var det ulike enheter som hadde ansvaret for arbeidet med individuell plan. I en kommune var ansvaret for arbeidet lagt til den koordinerende enheten. I de øvrige kommunene var IP-ansvaret lagt til henholdsvis avdeling for funksjonshemmede/ koordinerende enhet, den enkelte avdeling som hadde bruker/pasient, tjenestekontor/ familiehelsetjenester og til sektorleder for helse og omsorg. Det var etablert koordinerende enheter i to kommuner, og det var under planlegging å etablere en slik enhet i ytterligere en kommune.

Forskning viser at forhold knyttet til kommunenes organisering av individuell plan har betydning for i hvilken grad IP kan bidra til å fremme samhandling. Studien til Vold Hansen (2007) viser at kommunenes organisering er et forhold som påvirker samhandlingen og samarbeidet i større grad enn selve arbeidet med individuell plan. Holum et al (2013) påpeker at organiseringen av helse- og omsorgstjenesten med tilhørende lovverk, forvaltningsnivåer, etater og økonomi, er rammebetingelser som påvirker muligheten til å

fremme samhandling i IP-arbeidet, og hevder at helse og omsorgstjenesten trolig bør organiseres annerledes for å nå intensjonen med IP (*ibid.*).

Alle kommuner er – som jeg tidligere har redegjort for – pålagt å ha en koordinerende enhet. Denne enheten skal ha det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan og for opphevning, opplæring og veiledning av koordinatorene (Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3). Lovgivningen er altså tydelig på hvilke oppgaver og det ansvaret enheten skal ha, men lovgivningen er imidlertid vag i sine formuleringer med hensyn til hvordan enhetene faktisk skal organiseres, og om det er nødvendig å etablere en egen instans for å drifte og forvalte disse oppgavene (Breimo et al, 2012). I 2012 oppgav 78 % av kommunene at de hadde etablert koordinerende enhet (Riksrevisjonen, 2012). Forskning og undersøkelser viser at det er stor variasjon i hvordan enhetene er organisert og likeledes stor variasjon i hvordan de etablerte enhetene utfører oppgavene de er tillagt (Breimo et al, 2012; IS-1841, Helsedirektoratet, 2010; Riksrevisjonen, 2012). I Moen (2004) sin undersøkelse oppga en tredel av kommunene at KE var integrert i den ordinære virksomheten, altså lagt til en allerede eksisterende stilling eller instans. Breimo et al (2012) skisserer tre idealtyper for hvordan organiseringen av koordinerende enheter er utformet; den første typen er å legge KE til en allerede eksisterende instans, slik noen kommuner i Moen (2004) sin undersøkelse hadde gjort. En annen idealtipe er å legge KE inn under sentralt vedtakskontor og den siste typen er at KE er underlagt et kollegialt team eller utvalg. I denne har man opprettet en egen organisatorisk enhet til å ivareta koordineringsfunksjonen (Breimo et al, 2012).

Selv om undersøkelsen til Helsedirektoratet (2010) av koordinerende enheter baseres på et mindre antall kommuner, og at disse kommunene hadde kommet langt i arbeidet med sine enheter, samt at undersøkelsen kan ses som oppdragsforskning utført på oppdrag for helsemyndighetene, kan undersøkelsen – slik jeg vurderer det - indikere at etablering og drift av slike enheter kan bidra til å fremme samhandling i arbeidet med individuell plan. Kommunene i nevnte undersøkelse hadde organisert KE på ulike måter, ut fra kommunenes organisasjonsmodell, politikk, ressurser og innbyggertall, men alle beskrev å ha et stort utbytte av KE. Etableringen hadde blant annet bidratt til bedre samhandling internt i kommunene og eksternt med blant annet spesialisthelsetjenesten, til å fremme bruk av individuelle planer og til utvikling av ulike felles system knyttet til opplæring, veiledning,

informasjon og prosedyrer på tvers av tjenestesteder. Enheten var blitt et sted å henvende seg til vedrørende IP-ordningen, for tjenesteyterne og pasientene. Det var etablert gode strukturer for samarbeid mellom KE og ulike tjenesteytere i kommunene, både med hensyn til systemnivået og individnivået, og det var etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten blant annet gjennom samarbeidsavtaler. KE i kommunene hadde jevnlig, formaliserte møter/samarbeidsforum med blant annet spesialisthelsetjenesten, omsorgslederne i kommunene, NAV, hjemmetjenesten og fastlegen, samt utarbeidet sektorovergrepene prosedyrer for arbeidet med individuell plan, som blant annet beskrev hvordan arbeidsprosessen skal foregå og hvem som har ansvar for hva (*ibid.*).

Disse nytteverdiene av KE representerer flere områder informantene i denne studien hadde varierende erfaringer med i sine kommuner og som forhold de vurderte som hemmende for deres IP-arbeid og for å fremme samhandling. Slik som fravær av rutiner og prosedyrer for opplæring og veiledning, manglende informasjon og i liten grad strukturer for samarbeid med andre tjenester ble fremhevet. Som en informant sa: "Det er nok et system for hvordan vi skal gjøre dette som mangler". Felles opp opplæring på tvers av tjenester og nivåer fremmer felles forståelse og samarbeid som arbeidet med individuell plan betinger, og bidrar til å sikre mest mulig lik praksis uavhengig av tjenestested, i følge veilederen til IP (IS-1253, Helsedirektoratet, 2010). Lorentsen et al (2006a) hevder også at dette er et av forholdene ved organiseringen av IP som er avgjørende for å lykkes i arbeidet.

Det å implementere individuell plan kan ses på som et forbedringsarbeid, og forskning viser at god forankring i ledelsen er et suksesskriterium for å lykkes med forbedringsarbeid (IS-1672, Helsedirektoratet, 2009). Forankring dreier seg helt grunnleggende sett om hvordan noe knyttes opp mot noe annet (*ibid.*). I denne sammenheng handler forankring om hvilket feste, for eksempel kunnskap om, motivasjon for og tro på arbeidsmetoden IP har i kommunene, både politisk, administrativt og blant tjenesteyterne. Både Thommesen et al (2008) og Lorentsen et al (2006a) fremhever at ordningen med individuell plan må forankres bedre for å nå intensjonene. Sistnevnte forfattere hevder at IP må forankres i øverste politiske, administrative og faglige ledelse for at intensjonene med IP skal bli realisert. Forfatterne mener dette innebærer at øverste ledelse gir legitimitet, tid, rom og ressurser til å arbeide på denne måten. Videre hevder de at ledelsen er en døråpner i forhold til alle

sektorer og virksomheter utenfor egen organisasjon, og at det er ledelsen ansvar å utvikle strukturer på systemnivå, klargjøre ansvarsfordelingen og legge premissene for samarbeid på tvers av tjenestesteder (*ibid.*).

Det kan synes som om det i liten grad var god forankring av arbeidet med individuell plan i kommunene informantene arbeidet i. De fleste erfarte IP som lite forankret på flere nivåer i kommunene. Resultatene som viser at det kun i en kommune var utarbeidet prosedyrer for IP, system for opplæring og veiledning av koordinatorene og ved at IP ordningen ble erfart som lite kjent både blant tjenesteytere og pasienter, samt at det i liten grad var etablert prosedyrer for samarbeid og samhandling mellom tjenestenivåene, mener jeg kan underbygge dette.

Resultater fra denne studien, og fra forskning relatert til individuell plan, kan tyde på at de lovpålagte bestemmelsene om individuell plan og koordinerende enhet ikke er implementert i henhold til regelverket (Breimo et al, 2012; Lorentsen et al, 2006a). Breimo et al (2012) beskriver at manglende implementering av KE kan skyldes motstand fra lokalt nivå mot statlig styring eller forhold knyttet til finansiering, ved at det ikke fulgte med økonomiske midler med pålegget om å etablere KE. De peker også på at rehabiliteringsvirksomheten ikke er begrenset til en sektor i kommunen men griper over flere, slik at det kan bli uklart hvem som skal ha ansvaret for denne funksjonen. Holum (2012) sin forskning viser at det blant lederne hun intervjuet var varierende hva slags implementeringsgrep de hadde gjennomført for IP. Det varierte fra å gjøre en systematisk innføring til ikke å gjøre noe i det hele tatt. Bare unntaksvisk fant hun at lederne benyttet seg av organisatoriske elementer for implementering som tydelige målbeskrivelser, systematisk opplæring, ledelsesforankring og gode rollemodeller. Hindringene som lederne beskrev knyttet seg til deres frustrasjon over myndighetenes stadig økende dokumentasjonskrav som IP ble opplevd som, mangel på tro på at IP kunne utgjøre en forskjell og flere fremhevet frustrasjon knyttet til uavklarte ansvars- og beslutningsforhold, samt mangel på tid (*ibid.*).

Lovreguleringer blir generelt sett på som et av de sterkeste insentiver for å påvirke endring, men til tross for at bestemmelsene om IP ble innført i 2001, kan det tyde på at det fortsatt er utfordringer knyttet til organiseringen av dette arbeidet i kommunene. Det å ta beslutninger

og å avklare ansvarsforhold synes å være krevende der det ikke er en enhetlig og helhetlig organisering, slik helse- og omsorgstjenesten i Norge er. Noen av de samme utfordringene blir det også pekt når det gjelder integrated-care-modellene (Grone et al, 2001; Kodener et al, 2002; Leichsenring, 2004). Spørsmålet jeg synes det er naturlig å stille i forhold til denne studien er; hvordan skal kommunene organiseres for at IP som arbeidsmetode på en bedre måte skal bidra til samhandling? Og ved det gi pasientene et helhetlig og koordinert tjenestetilbud? Helsemyndighetene har gjennom en rekke føringer fremhevet og påpekt betydningen av IP, slik jeg redegjorde for i punkt 2.3. Kunne helsemyndighetene på en annen måte fulgt opp lovinnføringene med en plan for hvordan kommuner og ledere skulle implementere IP og hvordan den skulle tas i bruk? Og kunne helsemyndighetene selv inntatt en lederrolle i arbeidet med individuell plan for på den måten å forberede de ansatte – både ledere og de øvrige ansatte– på endringene som skulle komme, og for at de skulle se betydningen av IP og utvikle et eierforhold til endringen? Dette ville kanskje medført en bedre forankring av arbeidet – både politisk, administrativt og blant de ansatte, og slik sette ”trykk” på arbeidet.

For at en samlet helse- og omsorgstjeneste skal kunne oppfylle intensjonen med individuell plan som en arbeidsmetode for å fremme samhandling, kan det tyde på at det må tenkes ut nye løsninger slik at organiseringen av arbeidet kan utføres på en annen og mer hensiktsmessig måte. Resultater fra denne studien kan i så måte støtte synet til Bjerkan et al (2011) om at arbeidet med individuell plan og organiseringen av den synes å ha vært mer eller mindre tilfeldig.

6.1.2 Koordinatorrollen

Flere studier relatert til IP – både blant brukere og helsepersonell - viser at koordinatorrollen anses som en viktig del av IP-arbeidet og for å fremme samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten (Lorentsen et al, 2006a; Vold Hansen, 2007; Holum, 2013; Holum et al, 2013).

Informantene i min studie erfarte koordinatorrollen som ”den som trekker i trådene” mellom tjenestemottaker, pårørende og de ulike tjenesteyterne. Det var viktig for dem at det var en som hadde ansvar for planarbeidet og oppfølgingen av pasienten. De fremhevet

at rollene hadde betydning for kontinuitet og fremdrift i arbeidene med planene. Dette sammenfaller med resultater i Markham (2009) sin studie, hvor kontinuitet beskrives som en av drivkreftene i prosessen med å arbeide med individuell plan. Kontinuitet er også et element Goodwin (2011) fremhever for å oppnå et vellykket behandlingsforløp ved bruk av case-management (CM) modellen. I tillegg vektlegger han at det er en person som følger opp pasienten over tid, slik som koordinatorrollen ved IP, men CM har ikke tilsvarende føringer for hvordan koordineringen av tjenester skal foregå eller hvordan koordinator (case manager) skal arbeide (*ibid*). Slik sett kunne man tro at IP og koordinatorfunksjonen i Norge hadde bedre forutsetninger for å fungere enn CM-modellen.

Forpliktelse var et forhold ved koordinatorrollen som informantene i min studie vektla. De følte forpliktelse overfor bruker, pårørende og de andre tjenesteyterne, og begrunnet dette med at bestemmelsen er lovregulert og dermed noe pasienten har krav på og de som helsepersonell har plikt til å gjøre. I tillegg ble det vektlagt at IP skal dokumenteres skriftlig med mål, tiltak og ansvarsfordeling med på å gjøre arbeidsmetoden IP forpliktende, samt at det er brukerens plandokument, like mye som tjenesteutøvernes. Dette er elementer i IP som arbeidsmetode som skiller seg fra integrated-care-modellene ved at disse verken er lovregulert eller at det er krav til et skriftlig dokument. Sammenliknet med Danmark og deres individuelle handleplaner viser at disse først og fremst er tjenesteyternes plan og planverktøy, og ikke brukerens (Kristensen, 2010). Dette gjelder også for de svenske individuelle planene (Berger et al, 2009). Som følge av at Norge har lovfestet både IP og koordinatorrollen, mener jeg det skulle være grunn til å anta at ordningene har et bedre potensiale til å fungere etter intensjonen enn både IC-modellene og de skandinaviske modellene.

Informantene i denne studien erfarte rollen som koordinator som en selvstendig rolle, og en rolle de selv på mange måter måtte forme ved at det i liten grad var opplæring og veiledning for dem, og ved det at det i flere kommuner var lite samarbeid mellom koordinatorene i kommunene. En informant fortalte at hun følte hun satt litt utenfor - på sidelinja - og møtte de andre tjenesteyterne kun i ansvarsgruppemøtene. En annen uttalte at hun ikke viste hvordan de andre koordinatorene i kommunene arbeidet med IP og at hun måtte finne ut av tingene selv. Det er et ledelsesansvar å tilrettelegge forholdene for koordinatorene, slik at de

har mulighet til å gjøre jobben på en tilfredsstillende måte (IS-1672, Helsedirektoratet, 2010). Resultatene i studien min kan tyde på at informantene i vesentlig grad ikke hadde rammebetingelser i form av opplæring, veiledning og støtte i ledelsen, som er nødvendig for å lykkes i arbeidet med IP, slik nasjonale føringer og rapporter om koordinatorrollen for IP fremhever. Holum (2013) sin forskning viser at i de vellykkede IP-prosessen var det tydelig at koordinator hadde god kompetanse, mottok veiledning og fikk tid til IP-arbeidet. Dette samsvarer også med resultatene i Markham (2009) studie. Lorentsen et al (2006a) fremhever også betydningen av opplæring og veiledning for koordinatorene. Erfaringer viser at veiledning også er viktig for at koordinatorene skal kunne stå i rollen over tid (IS-1253, Helsedirektoratet, 2010).

Utfordringer knyttet til hvem som hadde ansvar og hvem som kunne ta beslutninger både når det gjaldt tiltak for pasientene og for hvordan samarbeidet i IP-planene burde foregå, ble fremhevet i min studie som et utfordrende forhold ved koordinatorrollen, og som hemmende både for planarbeidet, samhandlingen mellom tjenestemottaker og de øvrige tjenesteyterne. Disse utfordringene gjenkjennes også i annen forskning (Holum, 2013; Holum et al, 2013; Lorentsen et al, 2006a; Markham, 2009).

Avklaring av hvem som har ansvar for hva og hvem som kan beslutte er grunnleggende for at IP som arbeidsmetode og koordinatorrollen skal fungere etter intensjonen. En av intensjonene med planen er å tydeliggjøre nettopp hvilke tjenester som har ansvar for hva. Både i lovreguleringer for IP, i NOU 2004:18 og i samhandlingsreformen (2009), er det nedfelt at tjenestene skal samkjøre hjelpetiltakene, og at IP skal bidra til å avklare ansvarsforholdene tjenesteyterne imellom. De involverte tjenester må sammen jobbe frem et forpliktende samarbeid og en gjensidig forståelse i hver enkelt sak. Denne studien – og annen forskning som nevnt over – kan indikere at helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå felles mål, er utfordrende så lenge det er uklarheter knyttet til ansvar og beslutninger.

Likevel har IP – slik jeg vurderer det – elementer i seg som kan bidra til klarere ansvarsfordeling, dersom aktørene i IP har nødvendige rammebetingelser i form av

forankring, systemer for opplæring og prosedyrer for individuell plan og prosedyrer for hvordan samhandling mellom tjenesteyterne bør foregå.

I Samhandlingsreformen legges opp til ytterligere koordinatorfunksjoner, utover den for IP (St. meld. nr. 47). En av disse er en koordinatorrolle med oppgave å koordinere samarbeid mellom sykehus og kommune, hvor arbeidet skal konsentrere seg om å utvikle gode rutiner ved innleggelse og utskrivning av pasienter mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dermed har denne koordinatorrollen til dels overlappende oppgaver med eksisterende koordinerende enheter. Reformen påpeker at ordningen med KE skal videreføres, men også at den ikke har videre sammenheng med innholdet i de "nye" koordinatorene. Felles for både "nye" og etablerte koordinatorene er at de mangler definert myndighet til å forplikte ulike tjenesteytere og ulike deler av helsetjenesten til deltakelse i samarbeid (Schönfelder, 2013). Dette sammen med at noen koordinatorroller har overlappende oppgaver kan være med på å forsterke de utfordringene knyttet til ansvar og myndighet som informantene i denne studien erfarte og som annen forskning viser (Holum et al, 2013; Holum, 2013; Lorentsen et al, 2006a; Markham, 2009).

Thommesen et al (2003) hevder at arbeidet med IP forutsetter en ny og annerledes måte å arbeide på når det gjelder relasjoner og maktfordeling, og at de etablerte rollemønstrene i helsetjenesten utfordres. Slettebø et al (2012) fokuserer også på betydningen av relasjoner i arbeidene med IP og mener det dynamiske aspektet ved samhandlingen er sentralt ved at det er tjenesteytere fra flere nivåer i helse- og omsorgstjenesten som skal samhandle. Resultatene i min studie viser at betydningen av god kjennskap, relasjon og et godt samarbeid med pasientene, var viktig for informantene. Informantene vektla å bruke tid på samtaler, å bli kjent, vise respekt og ha en lyttende holdning. Dette var vesentlig for å få pasienten aktivt med i arbeidet og for at IP skulle oppleves positivt for pasienten. Dette la også grunnlaget for å jobbe frem mål sammen med pasienten og for den videre prosessen med kartleggingen og utarbeidelse av plandokumentet, samt for samhandlingen med de andre tjenesteyterne. Forskingen til Holum (2013) viser at betydningen av relasjonen mellom bruker og koordinator og de øvrige tjenestene var et tema som utpekte seg som viktig for informantene, pasientene og koordinatorene. Betydningen av det relasjonelle aspektet er også gjenkjennelig fra forskning på CM-modeller (Goodwin, 2011).

Samtidig som informantene i min studie fremhevet betydningen av å utvikle gode relasjoner med pasientene, ble dette beskrevet som et tidkrevende arbeid. Dette er gjenkjennelig fra studiene til Holum (2013) og Lorentsen et al (2006a). Resultatene i min studie viser at for mange ble "tidsklemma" vanskelig i forhold til den tiden de fikk avsatt til IP-arbeidet i sine enheter. Dette kan - slik jeg ser det og slik informantene pekte på - indikere at arbeidsmetoden IP og koordinatorrollen trenger å bli mer tydeliggjort og synliggjort for hva den innebærer, hvilke ressurser som kreves og hvilke muligheter som ligger i denne arbeidsmetoden. Dette er også forhold Lorentsen et al (2006a) fremhever som et viktig forhold for at IP-arbeidet skal lykkes. Det mener jeg vil bidra til at beslutningstakere i helse- og omsorgstjenesten legger forholdene bedre til rette i organisasjonene, slik at IP-arbeidet og koordinatorene får de ressurser, både med tanke på tid, økonomi og personell som er nødvendige for at intensjonene med IP skal nås.

Resultatene i min studie viser at informantenes erfaring med koordinatorrollen og hvordan de gjennom den rollen kan bidra til å fremme samhandling i arbeidene med IP, henger sammen med konteksten de arbeider i og styres av organiseringen i egne kommuner, lovverk og forvaltningsnivåer, samt hvilke ansvars – og beslutningsmyndighet de innehar.

6.1.3 Fremmere og hemmere for samhandling

Nær alle informantene i studien var positive til IP og dens intensjonen og mente IP hadde bidratt til bedre samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten, men uttrykte imidlertid at det var potensialer til å "løfte" arbeidet på flere områder.

I alle kommunene i min studie var det etablert ansvarsgrupper for pasienter med individuell plan. De fleste av informantene beskrev disse gruppene og spesielt ansvarsgruppemøtene som noe av det viktigste med IP for å fremme samhandling. Ansvarsgrupper- og møter er som nevnt ikke lovregulert, men flere studier viser at det kan synes som om individuell plan og ansvarsgrupper hører uløselig sammen (Lorentsen et al, 2006a; Markham, 2009). Studien til Holum (2013) viser at de såkalte vellykkede IP-prosessene blant annet kjennetegnes med at det er velfungerende ansvarsgrupper, slik også Markhams (2009) studie viser. Resultatene i min studie kan tyde på at ansvarsgruppemøter var det eneste faste møtestedet hvor flere av informantene møtte tjenesteytere i arbeidene med IP. Slettebø et al (2012) hevder at

samhandling foregår via interaksjon i relasjonen mellom partene – både tjenestemottaker og tjenesteutøver – og det dynamiske aspektet fremheves av forfatterne. Dette krever blant annet at partene kommuniserer med hverandre via dialog og ikke monolog, gir hverandre informasjon, blir kjent med hverandre og verdsetter hverandres bidrag *ibid.*). Slik jeg forstår nevnte forfattere og helsemyndighetenes definisjon av samhandling, samt arbeidsmetoden IP, fordrer det at partene som skal samhandle er i dialog og kommuniserer med hverandre underveis i hele prosessen. IP er ikke gjennomført i det øyeblikk det er utarbeidet et plandokument. Evaluering, justering og oppfølging av tiltak bør skje kontinuerlig i samarbeid mellom de involverte (IS-1253, Helsedirektoratet, 2010). Dette mener jeg krever en aktiv deltakelse, dialog og samhandling – også utenom ansvarsgruppemøtene. På den måten kan de ulike tjenestene få forståelse av hverandres kompetanse, og kunnskap vil kunne utvikles når de virker sammen for å oppnå et felles resultat; at pasienten får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Koordinatorrollen i IP har likhetstegn med case-management-modeller (CM) ved bruken av koordinator eller koordinerende team. I noen av CM-modellene er det en koordinator som har ansvaret for oppfølgingen, mens andre har koordinerende team med representanter fra kommune- og spesialisthelsetjenestenivå som har ansvaret for oppfølgingen. Forskjellene i CM-modellene handler i stor grad om hvor mye tid koordinator/case-manager har til å følge opp pasienten og hvordan tjenestene organiseres (Holum, 2013). Slik jeg vurderer det kan det trekkes paralleller mellom CM-modellenes team og ansvarsgruppene som ofte brukes i IP-arbeidet i Norge, hvor representanter fra de ulike tjenestene er representert, men hovedansvaret er koordinatoren. Hva som gir best resultater og er mest hensiktsmessig av team eller koordinator kan diskuteres, men Goodwin (2011) hevder imidlertid at for å oppnå mer integrert behandling er det blant annet viktig at en person følger pasienten over tid.

Min studie viser at brukermedvirkningsperspektivet, og det at IP er brukernes egne plan, ble beskrevet som en fremmer i arbeidsmetoden IP slik den er tenkt i forhold til samhandling. Vektleggingen av brukerperspektivet i IP ville bidra til at pasienten ble en mer aktiv og likeverdig part i samhandlingen. Som en informant sa: "IP er jo brukermedvirkning i praksis". Samtidig ble det fremhevet at alle tjenesteutøvere i planarbeidet hadde ansvar for å legge til rette for brukers medvirkning. Det var viktig for informantene at alle aktørene i IP sammen

med pasient samlet seg, og gjennom samtaler og overveielser kom frem til et resultat alle kunne slutte seg til. Sett i lys av nasjonale føringer, som blant annet Samhandlingsreformen (2009) og dens fokus på brukermedvirkning, mener jeg IP har elementer som på en god måte kan ivareta og styrke at bruker blir en mer aktiv og likeverdige part i samhandlingen i IP-planen, dersom arbeidsmetoden utføres slik det er tenkt.

Sammenlikner jeg IP med enkelte integrated-care-modeller (IC), synes det som om brukermedvirkning har en større rolle i IP. De fleste IC-modellene fokuserer på organisering av tjenester, og har ikke brukermedvirkning som eksplisitte mål, men unntak er CM- og ACT-modellene. De skiller seg noe ut og har i større grad lagt vekt på brukerens stemme ved at tjenesteyteren hele tiden skal arbeide sammen med pasienten og at pasientens rolle og evne til egenivaretagelse skal styrkes (Mehr, 2001). I de skandinaviske ekvivalentene til IP er heller ikke brukermedvirkning et eksplisitt mål, men det er beskrevet at det skal tilstrebes brukermedvirkning i alle ledd (Kristensen, 2010; Berger et al, 2009). En studie viser at i enkelte tilfeller kunne IP være en hensiktsmessig metode for å legge til rette for brukermedvirkning, men det var spesielt i planer hvor rammebetingelsene var avklart og bruker og tjenesteytere samarbeidet bra (Houm, 2013).

Ved at IP legger bestemmelser om samhandling mellom tjenester både innen et forvaltningsnivå og på tvers av forvaltningsnivå, var forhold informantene i min studie mente fremmet samhandling ved IP. Spesielt ble betydningen av samhandling med spesialisthelsetjenesten, fastleger og NAV nevnt. Selv om dette ble fremlagt som et viktig element ved IP for å fremme samhandling, uttrykte informantene at det var et "språk" mellom intensjonen og det de mente var viktige forhold ved IP og hvordan samhandlingen med andre tjenester i realiteten var. Det var i flere tilfeller utfordrende å samhandle med andre tjenesteytere. Dette fremkommer også i undersøkelsen til Riksrevisjonen (2012). Fastlegenes betydning for IP og for å fremme samhandling ble fremhevet i denne studien, ved at disse er pasientens sentrale kontaktperson og som en informanten sa "en nøkkel for en vellykket IP". Legenes bidrag til et organisert samarbeid på tvers av organisatoriske og faglige grenser er ofte omtalt som viktig (Schönfelder, 2012). I Samhandlingsreformen (2009) blir leger – særlig fastleger – beskrevet i en naturlig rolle som koordinator for tjenestene til den enkelte pasient (*ibid.*). Det er samtidig påpekt og dokumentert i samme reform at leger

deltar sjelden i etablerte forum som blant annet ansvarsgruppe og i arbeidet med IP. Min studie viser imidlertid at fastleger har en viktig rolle for å bidra til samhandling i IP og at IP som arbeidsmetode – slik den er tenkt - gjør at fastleger deltar.

Samhandling mellom og på tvers av forvaltningsnivåer, slik IP legger føringer om, kan sammenliknes med det Gröne et al (2001) beskriver som integrering på horisontalt og vertikalt nivå. Seamless-care-modellen er en av IC-modellene som favner begge disse nivåene, men den har mindre fokus på brukermedvirkning slik som IP.

Sett i lys av utfordringene jeg har beskrevet tidligere hva gjelder behov for en helsetjeneste som kan imøtekomme pasienters behov for tjenester fra ulike helse- og omsorgsnivåer, mener jeg intensjonen med IP om å styrke samhandling innad og på tvers av forvaltningsnivåer er et viktig element. Imidlertid synes det som om tjenestene jobber med hvert sitt utgangspunkt og i liten grad er integrert med hverandre, slik at de kan imøtekomme pasienter som har behov for sammensatte, tilrettelagte og individuelle behov, slik pasienter med IP har. Denne problematikken gjenkjennes også internasjonalt (Hutshemaekers, Tiemens og Winter, 2007).

Koordinatorrollen ble av samtlige informanter i min studie beskrevet som en viktig rolle ved IP for å fremme samhandling. Dette fremkommer også i andre studier, hvor både pasienter, pårørende og helsepersonell er informanter (Holum, 2013; Holum et al, 2013; Lorentsen et al, 2006a; Markham, 2009; Vold Hansen, 2007). Det at en person hadde ansvar for planen og oppfølgingen og at pasient og evt pårørende hadde en å forholde seg til ble fremhevet. Samtidig viser resultatene i min studie at koordinatorenes muligheter til å bidra til samhandling i IP avhenger av uklarheter i forhold til ansvar og manglende beslutningsmyndighet, og konteksten koordinatorene arbeider. Ved at det i Samhandlingsreformen (2009) legges opp til flere koordinatorroller i helse- og omsorgstjenesten, med til dels overlappende ansvarsområder, tyder det på at helsemyndighetene anser slike funksjoner som viktig for å styrke samhandlingen. Min studie og annen forskning mener jeg indikerer et behov for at koordinatorrollen i IP-arbeidet og de "nye" koordinatorrollene trenger tydeligere beskrivelser av ansvarsområder og klart definert myndighet.

Individuell plan som arbeidsmetode ble erfart som lite kjent i kommunene av informantene i studien og et forhold som var hemmende for samhandlingen. Når tjenesteytere ikke var kjent med ordningen, innholdet i den og hvilke forpliktelser ordningen innebar, vanskeliggjorde det samhandlingen i hele prosessen.

Samtidig ble IP erfart som lite kjent blant pasienter og pårørende, og det var i liten grad noen form for system for informasjonsformidling til aktuelle pasienter med behov for IP. Det som preget praksisen på området med informasjon, var at det ikke var spesielle rutiner som gjaldt, men at ansvaret for informasjon hvilte på den enkelte tjenesteutøver.

Forskning og undersøkelser viser at pasienter ikke har fått informasjon om eller er blitt tilbudt IP (Riksrevisjonen 2012), og det er et betydelig antall mindre individuelle planer enn forventet (Bjerkan et al, 2011), samt at pasienter rapporterer om manglende informasjon om ordningen (Lorentsen et al, 2006a og Markham, 2009). Dette – og resultatene i min studie - kan indikere at det er betydelige mangler knyttet til kjennskap og kunnskap om IP blant fagfolk, og at systemansvaret for individuell plan ikke fungerer slik som forutsatt. Dette mener jeg er med på å forsterke hvilken betydning god forankring har når en organisasjon skal innføre "nye" arbeidsmetoder som IP.

Dokumentasjonen av individuelle plan ble praktisert ulikt i kommunene, og informantenes beskrivelser av praksisen kan indikere at det ikke var optimale dokumentasjonssystemer for IP i kommunene. Noen dokumenterte i en papirbasert mal, andre hadde i varierende form tatt i bruk ulike utgaver av nettbasert individuell plan. Det var flere utfordringer med de elektroniske planene; de var ikke fullt ut implementert slik at alle tjenesteyterne hadde tilgang, og pasientene hadde ikke tilgang eller det var begrensninger knyttet til hvorvidt tjenesteyterne kunne bruke planene. De papirbaserte planene ble ofte lagt i en skuff og ble sjelden brukt av andre enn koordinatorene. Dette var forhold ved IP som var hemmende for samhandlingen, og informantene mente en felles nettbasert IP som alle tjenesteutøverne og pasienten selv hadde tilgang til, ville bidra til en bedre og mer fremtidsrettet samhandling, samt en mer "levende" plan og gi bedre kvalitet på dokumentasjonen. Studien til Hollingen (2008) viser at nettbasert IP fremmer pasientdeltakelse og gir pasienten et mer personlig ansvar i planarbeidet. Dette kan tyde på at nytteverdiene av en nettbasert IP har et viktig

perspektiv også i forhold til brukermedvirkning. I studien til Bjerkan et al (2014) fremkommer det at deltakerne hadde forventninger til at en nettbasert IP skulle bidra til å fremme en bedre samhandling mellom dem selv og helse- og omsorgstjenesten, og til å være en kilde til informasjon ut fra deres individuelle behov for IP. Sett i lys av dette og ikke minst de nasjonale satsningene om utvikling og implementering av nettbaserte helsesystemer for pasienter som "Min journal" og "Kjernejournal" som helsemyndighetene nå innfører, anser jeg at "Min IP" – altså en nettbasert IP, kan være et viktig tiltak for samhandlingen i IP, slik også informantene i min studie vurderte. Samtidig kan en felles nettbasert IP bidra til dokumentasjon som kan gi helsemyndighetene bedre kvalitetssikrede rapporteringer på IP enn det som foreligger pr i dag. Slik undersøkelser og forskning viser er det mange kommuner som ikke har en samlet oversikt over arbeidet med individuell plan (Bjerkan et al, 2011; Helsedirektoratet, 2011).

Informantene i min studie peker på elementer ved arbeidsmetoden IP som jeg vurderer å inneholde både profesjonelle -, organisatoriske - og pasientorienterte perspektiver, i tråd med perspektivene Ouvens et al (2005) beskriver. Det profesjonelle ved at koordinatorrollen og de øvrige tjenesteytneres oppgaver og plikter beskrives og det er også lovregulert. IP som arbeidsmetode gir føringer for hvordan arbeidet skal organiseres ved at KE har det overordnede ansvaret og det gis føringer om hvordan det bør samhandles på tvers av tjenester og nivåer. Det pasientorienterte perspektivet tydeliggjøres ved at IP er brukernes plan og brukermedvirkningen fremheves av informantene. De nevnte tre perspektivene er i henhold til Ouvens et al (2005) en forutsetning for å få modeller for samhandling til å fungere bra. Slik sett kunne man anta at IP som arbeidsmetode har forutsetninger for å fungere etter intensjonen.

Det å utvikle metoder for samhandling blir beskrevet som en utfordring, men å implementere metodene og få dem til å fungere skikkelig, blir beskrevet som en enda større utfordring (Walker et al, 2003), slik min studie indikerer.

6.2 Diskusjon av metode

Et hensiktsmessig metodevalg er en forutsetning for å gi en studie en forsvarlig kvalitet. De tre begrepene *reliabilitet* (pålitelighet), *validitet* (gyldighet) og *generaliserbarhet* benyttes ofte som indikatorer for kvalitet på kvalitativ forskning (Tjora, 2012).

Reliabilitet relateres til konsistensen og troverdigheten av forskningsresultatene, og til innsamling, bearbeiding og analyse av det empiriske materialet, samt forskerens tolkninger i løpet av denne prosessen (Kvale, 1996). Vi påvirker på mange måter selv hva vi vil se, og for å motvirke bias er åpenhet og systematikk nødvendig (*ibid.*). Forskerens engasjement og kunnskap betraktes både som en støy og en ressurs, men hvordan dette brukes i en analyse må gjøres eksplisitt for å sikre påliteligheten (Tjora, 2012). Andre kan ikke gjenta min studie i detalj, men de skal kunne se og forstå hva jeg har gjort i ulike trinn i forskningsprosessen. Denne har jeg presentert i kapittel 4. Jeg har redegjort for hvordan jeg ser at min egen posisjon og engasjement for temaene kan ha preget forskningsarbeidet i punkt 4.5.3.

Hvordan informantene er blitt valgt ut og hva slags relasjoner det er mellom forsker og informanter, kan ha betydning for påliteligheten. Jeg mener rekrutteringen og utvalget i min studie vil bidra til å styrke påliteligheten, både fordi jeg ikke hadde noen relasjoner til informantene og ved metodene jeg brukte i rekrutteringen av informanter. En risiko ved bruk av strategisk utvelgelse – som var en av metodene jeg brukte - er at utvalget blir homogent, ved at bare en "type" personer sier seg villig til å delta (Polit & Beck, 2008). Dette kan være de mest taleføre, eller de som er spesielt interessert i tematikken. Faren er da at potensielle informanter som kan ha relevante refleksjoner og erfaringer ikke deltar (*ibid.*). Imidlertid anser jeg at de informantene som har deltatt i denne studien er pålitelige og hadde svært relevante refleksjoner og erfaringer.

I følge Kvale et al (2009) har validitet å gjøre med i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, og i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomenene eller variablene som vi ønsker å vite noe om. Validitet handler også om forskeren som person, hans eller hennes moralske integritet og det som kalles praktisk klokskap (*ibid.*). Nevnte referanse fremhever at valideringen ikke bare er knyttet til en spesiell undersøkelsesfase, men bør gjennomsyre hele forskningsprosessen; fra

tematisering, gjennom planleggingen, intervjuene, transkribering, analysering og til validering og til sist i rapporteringsfasen. For å styrke validiteten i studien og for at det skal være tydelig for leserne, har jeg redegjort for forskningsprosessen i kapittel 4 og jeg har forsøkt å presentere sammenhengen mellom forskningsspørsmålene og valg av datagenerering i punkt 4.1. Videre har jeg tilstrebet en god forankring i relevant forskning, nasjonale krav og føringer knyttet til individuell plan og beskrevet begreper og modeller for samhandling.

For å kunne stole på data må datainnsamlingen være gjennomført slik at dataene er pålitelige. Jeg opplevde at informantene forsto spørsmålene både i kartleggingskjema og i intervjuene. Der de var usikre spurte de. Jeg brukte båndopptaker når jeg gjennomførte intervjuene. Det gjør det mulig å legge frem direkte sitater i oppgaven, slik informantene la dem frem. Dette vil bidra til å styrke påliteligheten til studien fordi informantenes "stemme" gjøres synlig i noen grad helt frem til leseren (Tjora, 2012). Lydkvaliteten ble god i alle intervjuene.

En fare som jeg har forsøkt å være bevisst på er at jeg kan ha blitt så involvert og engasjert i tematikken at det har vært vanskelig å løfte blikket og se på datamaterialet med nye øyne, slik Gubrium & Holstein (2003) peker på kan være en fare. Jeg opplevde i flere av intervjuene – når jeg refererte til egne erfaringer – at det hadde en positiv effekt ved at informantene fortalte mer, utdypet egne erfaringer og kom med eksempler. I noen av intervjuene har både jeg og informantene brukt "vi-form" i samtalene. Dette kan vise at jeg ubevisst stilte meg på samme side som informantene og kanskje informantene tilsvarende. En fordel ved dette er at informantene kan ha opplevd at jeg forstår dem og det kan ha redusert distansen mellom dem og meg. Ulempen ved det kan være at de har trodd jeg forstår mer enn jeg har gjort, og at de dermed ikke eksplisitt har fortalt alt som er relevant.

I prosessen med å transkribere intervjuene til skriftlig tekst brukte jeg ordrett transkribering, så nær den muntlige formen som mulig. For å sikre pålitelighet i analysen gir jeg et klart skille mellom det empiriske datamaterialet, det teoretiske og min tolkning.

Selv om jeg anser at de valgte metoder er best egnet for å innhente den type data jeg har søkt, vil metodene uansett ha positive og negative konsekvenser. Bruken av

kartleggings skjema var blant annet ment for å innhente informasjon om utbredelsen av individuell plan og koordinatører i kommunene og få et innblikk i konteksten informantene arbeidet i. Svakheten ved resultatene fra kartleggings skjema er at ingen av kommunene hadde eksakt oversikt eller datamateriale over det totale antallet med individuell planer og koordinatører, og fra hvilke tjenester koordinatorene arbeidet i. Kommunene hadde heller ikke oversikt eller datamateriale på hvilke tjenester som hyppigst inngår i arbeidet med IP eller hvilke brukergrupper som oftest har en individuell plan. Slik at svarene informantene ga ble oppgitt som anslag over antallene og informantene "listet opp" hvilke tjenester som var involvert, samt hvilke brukergrupper som hadde IP uten at det forelå datamateriale. På den annen side har tallene fra andre studier og undersøkelser, som jeg har referert til i studien, den samme svakheten ved at disse tallene også er oppgitt i anslag og ikke eksakte tall.

Ved å bruke intervjuer kan jeg ha fått vite mer om hva sykepleierne *sier* de gjør, enn hva de *faktisk* gjør. Hva de har valgt å fortelle og gi uttrykk for eller om de har forsøkt å fremstille seg på en bestemt måte, er det vanskelig for meg å ta høyde for. Jeg opplevde imidlertid at samtlige informanter var åpne og delte erfaringer og refleksjoner på en troverdig måte.

En annen metode jeg kunne valgt var fokusgruppeintervju, som er uformelle gruppeintervjuer og består som regel av seks til ti personer og ledes av en moderator (Kvale et al, 2009). Metoden er hensiktsmessig der det først og fremst er viktig å få frem mange forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus for gruppen. Fokusgruppen har ikke til formål å komme til enighet om eller presentere løsninger på de spørsmålene som diskuteres, men å få frem forskjellige synspunkter på saken.

Jeg kunne også valgt en kombinasjon av intervjuer og gruppeintervjuer. Metodelitteratur fremholder at en slik kombinasjon kan øke validiteten til et prosjekt, fordi man får data fra flere perspektiver (Malterud, 2003; Patton, 2002). Jeg kunne i min studie presentert funnene fra intervjuene med en gruppe sykepleiere for å undersøke deres refleksjoner og for å få frem nyanser og spenninger, og på den måten se temaet fra flere perspektiver.

Generaliserbarhet refererer til i hvilken grad resultatene i en studie kan overføres til andre situasjoner, intervjupersoner eller grupper (Kvale et al, 2009). Innen SDI-modellen – som jeg benytter i analysen – er generalisering helt sentralt, og Tjora (2012) skisserer 3 former for

generalisering innen kvalitativ forskning; naturalistisk-, moderat- og konseptuell generalisering. Det er den siste formen for generalisering som er målet med SDI-modellen; man er ute etter å fremstille funn i form av typologier, modeller, begreper, metaforer eller lovmessigheter som ikke direkte er knyttet spesifikt til kun den empirien som ligger til grunn. For å sikre relevans ut over de analyserte data, benyttes tidligere forskning og teorier som støtter opp under en større gyldighet og generaliserbarhet (*ibid.*). Denne formen for generalisering hever blikket fra empirien ved å stille spørsmål som; om man ser generelt på dette, hva handler det om? Finnes det noen begreper som fanger opp sentrale trekk ved observasjoner og funn? Og finnes det dimensjoner som kan brukes til å skissere variasjoner i materialet? (*ibid.*).

Bestemmelsene om individuell plan er som kjent lovregulert. Dette gir grunn til å anta at situasjonene og erfaringene til sykepleiere i denne studien kan likne sykepleieres situasjon og erfaringer i andre kommuner. Dette bidrar til – slik jeg ser det – aktualitet og overføringsverdi, selv om det selvsagt må tas hensyn til individuelle forhold hos sykepleiere og i kommunene.

Jeg vil hevde at jeg har ivaretatt mange forhold for å bevare gyldigheten i min studie, slik at funnene som presenteres kan være i samsvar med hvordan andre både sykepleiere og annet helsepersonell, erfarer individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten. Imidlertid er min studie "bare" bygget på åtte sykepleieres erfaringer fra kommunehelsetjenesten, mens arbeidet med individuell plan omfatter tjenestemottakere, pårørende og et stort antall tjenesteytere fra ulike tjenester og forvaltningsnivåer. Dermed kan funnene i min studie bare gi noen indikasjoner på hvordan individuell plan som arbeidsmetode bidrar til å fremme samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

KAPITTEL 7 KONKLUSJON OG VIDERE FORSKNING

Resultatene i min studie viser at informantene erfarer individuell plan – slik den beskrives i lovgrunnlagene - har flere elementer i seg som bidrar til å fremme samhandling i helse- og omsorgstjenestene. Ved at IP er lovfestet, koordinatorrollen og dens funksjon, og føringene i IP om at tjenester på tvers av forvaltningsnivåer skal samhandle, samt betydningen av brukermedvirkning er hovedelementene i hva som fremmer samhandling med arbeidsmetoden IP. Samtidig viser min studie at disse samhandlingsfremmede elementene påvirkes og er avhengig av hvordan organiseringen av individuell plan utføres i kommunene. Hvordan koordinatorene gjennom sin rolle kan bidra til å fremme samhandling henger sammen med konteksten de arbeider i og styres av organiseringen i egne kommuner, lovverk og forvaltningsnivåer, samt hvilke ansvars – og beslutningsmyndighet de innehar.

I hvilken grad IP som arbeidsmetode er forankret i kommunene både politisk, administrativt og blant tjenesteyterne, hvordan organiseringen av planarbeidet utføres med prosedyrer og systemer for opplæring, veiledning og strukturer for samhandling mellom og på tvers av tjenesteytere, synes å legge premisser for hvordan individuell plan som arbeidsmetode kan bidra til samhandling.

Hvordan arbeidet med individuell plan er organisert i kommunene og hvilke muligheter koordinatorene har for å utøve sin funksjon, synes å avspeile hvordan IP brukes i praksis i kommunene informantene i min studie arbeidet i.

Bruken av individuell plan - og for at den skal bidra til samhandling - synes å kompliseres av utfordringene organiseringen av de forskjellige helse- og omsorgstjenestene medfører. Det er gjerne barrierer mellom tjenester, forvaltningsnivåer og faglige forståelser som må krysses og koplinger mellom systemer knyttet til prosedyrer, retningslinjer og kommunikasjonssystemer som i utgangspunktet er ulike, må samkjøres. Systemene er i dag, både i Norge og andre europeiske land (Ahgren, 2007), organisert med selvstendige enheter,

mens et helhetlig pasienttilbud – slik individuell plan og integrated care modellene er tenkt – fordrer en gjensidig avhengighet mellom tjenester og nivåer.

Det kan synes som om ”delene” i individuell plan fortsatt behandles hver for seg, og at ansvaret for helheten ennå mangler, til tross for juridiske forpliktelser og nasjonale krav og føringer for arbeidet. Det å ta beslutninger og å avklare ansvarsforhold kan synes å være krevende der det ikke er en enhetlig og helhetlig organisering, slik helse- og omsorgstjenesten i Norge er. Noen av de samme ufordringer blir det også pekt når det gjelder integrated-care-modellene (Grone et al, 2001; Kodener et al, 2002; Leichsenring, 2004).

For å nå intensjonene med individuell plan og for at helse- og omsorgstjenestene skal imøtekomme dagens og de fremtidige behovene om bedre samhandling og koordinering mellom tjenestene, slik det beskrives nasjonalt og internasjonalt (St. meld. nr. 47; Anderson et al, 2011; WHO, 2004; Bjerkan et al, 2011; Gröne et al, 2001; Kodener et al, 2002), er det behov for å styrke kunnskapsgrunnet på flere områder. Mye av forskningen relatert til individuell plan er – slik jeg har funnet - knyttet til psykiatri og psykisk helsevern. Dette samsvarer med hva andre forfattere også hevder (Andersen et al, 2005; Røhme et al 2006). Forskning om bruk og erfaringer med individuell plan, både fra brukernes -, tjenesteutøvernes - og de tjenesteytende organisasjoners erfaringer, også relatert til pasienter med somatiske sykdommer, vil kunne bidra til å styrke kunnskapsgrunnet om individuell plan. Dette kan gi nye forståelser og skape bedre forutsetninger for videre utvikling og arbeid med individuell planen som arbeidsmetode for å fremme samhandling, slik at pasienten får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Min studie – og forskningen jeg har referert til – viser at organiseringen av IP kan være hemmende for intensjonen med IP om bedre samhandling. Mer forskning som retter seg mot å identifisere de mest effektive måtene å organisere og lede IP arbeidet på, og forskning som ser på samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestenes ulike nivåer, mener jeg det er behov for. Dette kan bidra til bedre kunnskapsgrunnlag og forutsetninger for organisering av individuell plan og gi økt kunnskap om hvordan de kommunale tjenestene kan styrkes i samhandlingen med andre helse- og omsorgstjenester.

REFERANSELISTE

- Ahgren, B. (2007). *Creating Integrated Health Care* (Doktoravhandling). Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden.
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A. og Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review. *International Journal of Integrated Care*. 18 November 2011 - ISSN 1568-4156.
- Andersson, H. W., Osborg, S. O., Petersen, I., Røhme, K., Sitter, M. og Ådnane, M. (2005). Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge. *SINTET Helse. Rapport3/2005*. Trondheim.
- Arbeids- og sosialdepartementet (2001). *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. NOU 2001:22. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Arbeids- og sosialdepartementet (2006). *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV - loven)*. Lovdata.
- Arbeids- og sosialdepartementet (2010). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*. Lovdata.
- Bakke, T. (2005). *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter. En kvalitativ studie av hvordan det oppleves å delta i utarbeidelsen av sin egen individuelle plan*. Masteroppgave i helsevitenskap, NTNU Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Trondheim.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (1993). *Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Lovdata.
- Berger, K., Persson, R., Pettersson, A-C., Borgersen, B. R., Smedberg, K. og Svensson, M. (2009). *Individuell Plan enligt LSS. En rättighet för många som utnyttjas av få*. Länsstyrelsen i Västmanland.
- Bjerkan, J., Richter, M., Grimsmo, A., Helleso, R. og Brender, J. (2011). Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*, 26 January 2011- ISSN 1568-4156.
- Blickfeldt Juliussen, F. (2004). Forudsætninger for godt handleplansarbejde - erfaringer fra handleplansnetværket PLANET. *Videncenter for Socialpsykiatri*. København.
- Breimo, J. P. og Thommesen, H. (2012). Koordinerende enhet som uttrykk for reformprosesser i offentlig forvaltning. I: P. K. Solvang og Å. Slettebø (red.). *Rehabilitering* (s. 267-281). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Brown, M. og McCool B (1992). Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. I: Brown M (editor). *Health care management: Strategy, structure and process*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Brusén, P. og Ribacke, M. (2001). *Individuell Plan på den enskildes vilkår. Planer enligt LSS og HSL i praktiken*. Socialstyrelsen. Stockholm.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11445/2001-123-29_200112329.pdf Dato: 03.10.2014.
- Ellingsen, Aune I-K. (2006). *Evaluering av "Best på tvers"*. Et kompetanseprogram for utvikling og implementering av ansvarsgrupper og individuell plan. Høgskolen i Sør-Trøndelag. Rapport nr. 6-2006. Trondheim.
- Freeman, G., Shepperd, S., Robinson, I., Ehrich, K. og Richards S. (2001). Continuity of care: report of a scoping exercise for the National Co-ordinating. *Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NHSCCSDO)*. London: NHSCCSDO; 2001.
- Goodwin, N. E. (2011). Reviewing the evidence on case management: lessons for successful implementation. *International Journal of Integrated Care*, 11, 20 December 2011 – ISSN 1568-4156.
- Grone, O., Garcia-Barbero, M. og WHO European Office for Integrated Health Care Services. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*, 1. June. ISSN 1568-4156.
- Gubrium, J. F. og Holstein, J. A. (2003). Postmodern interviewing. *Thousand Oaks: Sage Publications*.
- Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten felleskap: Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. (Doktoravhandling). Universitetet i Karlstad, Sverige.
- Helsedirektoratet (2009). *Jeg har en plan!* IS-1672. Oslo.
- Helsedirektoratet (2010). *Individuell plan 2010. Veileder til forskrift om individuell plan*. IS-1253. Oslo.
- Helsedirektoratet (2011). *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner*. Rambøll Management Consulting på oppdrag for Helsedirektoratet. Oslo.
- Helsedirektoratet (2011). *Koordinerende enhet binder tjenestene sammen*. IS-1909. Oslo.
- Helsedirektoratet (2010). *Knutepunkt for koordinering – koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i 5 kommuner*. IS-1841. Oslo.
- Helsedirektoratet (2014). *Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2014*. Rundskriv IS-1/2014. Oslo.

- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013*. Rundskriv IS-1/2013. Oslo.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2012*. Rundskriv IS-1/2012. Oslo.
- Helsedirektoratet (2011). *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2011*. Rundskriv IS-1/2011. Oslo.
- Helsedirektoratet (2010). *Perspektiver på god praksis – en undersøkelse om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner*. Rambøll Management Consulting på oppdrag for Helsedirektoratet. Oslo.
- Helsedirektoratet (2014). <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>
Dato: 03. 10. 2014
- Helse- og omsorgsdepartementet (1998). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. St.meld. nr. 21 (1998-99). Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Lovdata.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1993). *Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.* Lovdata.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:3. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. NOU2004:18. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. Lovdata.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Lovdata.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Lovdata.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Lovdata.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Lovdata.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. St.meld. nr. 16 (2010-2011). Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. St.meld. nr. 25 (1996-97). Oslo.
- Helsetilsynet (2007). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser*. Oslo..
- Holloway, F., og Carson, J. (2001). Case management: An Update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47 (3), side 21-31.
- Holum, Lene Chr. (2012). "It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 30 March 2012 - ISSN 1568-4156.
- Holum, Lene Chr. (2013). *Fra idè til virkelighet! Implementering og bruk av individuelle planer i psykisk helsevern – en kvalitativ studie*. Avhandling. Universitetet i Oslo.
- Holum, L. C. og Toverud, R. (2013). Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker? *FONTENE Forskning 1/13*, s. 32-45.
- Hollingen, A. (2008). *Brukererfaringer med nettbasert individuell plan*. Mastergradsstudium i helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde.
- Hutschemaekers, G.J, Tiemens, B.G. og Winter, M. (2007). Effects and side-effects of integrating care: the case of mental health care in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, 27 August 2007 - ISSN 1568-4156.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory and measurement*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Hove and London. Hillsdale, New Jersey.
- Kodner, D. L. og Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 14. November 2002 – ISSN 1568-4156.
- Kodner, D., og Kyriacou, C. (2000). Fully integrated care for the frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1 november 2000 – ISSN 1568-4156.
- Kristensen, H. M. (2010). Et problembarn fylder 10 år. *Videns Tema*, 3, s. 15-18.
- Kvale, Steinar (1996). *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. SAGE publications, Inc. California.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo.

- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 3. September 2004 – ISSN 1568-4156.
- Lorentsen, Ø., og Berge, A. R. (2006a). Individuelle planer – Hva mener eierne? *Respekt nr. 1/2006. Magasin om funksjonshemming, rehabilitering og samfunn*. Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering (SKUR). Bodø.
- Lorentsen, Ø., og Berge, A. R. (2006b). Individuelle planer – Brukernes erfaringer og opplevelser. *Rapport i samarbeid med Hørselshemmedes Landsforbund, Norges Blindforbund, Norsk Handikapforbund og Rehab-Nor*.
- Lund, R og Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub as.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinussen, W. (1997). *Sosiologisk analyse. En innføring*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mehr, J. (2001). Case management: A review with implications for services for concurrent severe mental illness and alcoholism or substance abuse. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 5, 80-107.
- Melby, L. og Tjora, A. (2013). Samhandlingens mange ansikter. I: A. Tjora og L. Melby (red.) *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 13-30). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Moen, H.B. (2004). "Færrest mulig kontordører å gå gjennom..." – En kartlegging av den koordinerende enheten for re-/habiliteringsvirksomheten i kommunene. Bodø: SKURs rapportserie 2004/5.
- Norges Forskningsråd (2011). *Program for helse- og omsorgstjenester 2011-2015. Programplan*. Oslo.
- Norsk senter for elektronisk pasientjournal. Helsedirektoratet (2008). *Oversikt over utbredelse og bruk av IKT i helsetjenesten*. (EPR Monitor - Årsrapport 2008). Trondheim: NTNU.
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M. og Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: A review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17 (2): 141-146.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generation and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

- Riksrevisjonen. *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*. Dokument 3:11 (2011-2012). Oslo.
- Røhme, K., Hatling, T. og Lidal, E. (2006). Individuell plan – ambisiøse mål, men svare virkemidler? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Vol. 9, No3, sider 148-158.
- Schönfelder, W. (2013). Legens posisjon i et tverrfaglig landskap: Samhandlingsreformen i et profesjonsteoretisk perspektiv. I: A. Tjora og L. Melby (red.) *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 54-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Slettebø, Å. og Madsen, V. H (2012). Individuell plan som arbeidsmetode i rehabiliteringsprosesser. I: P. K. Solvang og Å. Slettebø (red.). *Rehabilitering* (s. 267-281). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solvang, P.K. og Å. Slettebø (2012). *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Svare, H. (2008). *Den gode samtalen. Kunsten å skape dialog*. Oslo: Pax forlag.
- Sykepleierforbundet (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Tjora, Aksel (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tjora, A. og Melby, L. (2013). *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thommesen, H., Normann T. og Sandvin, J.T. (2008). *Individuell plan. Et sesam sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Thommesen, H. (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trefjord, S. og Hatling, T. (2004). *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH)*. Trondheim: SINTEF Helse
- Van der Linden, B. A., Spreeuwenberg, C. og Schrijvers, A. J. (2001). Integration of care in The Netherlands: The development of transmural care since 1994. *Health Policy*, 55, (111-120).
- Walker, A. E., Grimshaw, J. M., Johnston, M., Pitts, N., og Steen, N. (2003). PRIME - Process modelling in Implementation research: Selecting a theoretical basis for interventions to change clinical practice. *BMC Health Services Research*, 3, (1-22).
- Watts, J. og Priebe, S. (2002). *A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment*. *Bioethics*, 16, (439-454).
- WHO (1996). *Integration of health care delivery: report of a study group*. Geneva Switzerland: WHO; Technical Report series, No. 861.

- WHO (1998). *The WHO Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO. Hentet fra:
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
- WHO (2001). Integrated Care. Working Definition. *European Office for Integrated Health Care Services*, Barcelona, Spain.
- WHO (2004). *Promoting mental health. Concepts - emerging evidence - practice*. (Summary report) Geneva: WHO.
- Ziguras, S. J., og Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-1421.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., Straus, S. E., Pinfold, P. og Goldman, J. (2009). Case Management: Effects on professional practice and health care. *The Cochrane Library*.
- Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse. I: Norvoll, R. (2002). *Samfunn og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

VEDLEGG 1: KARTLEGGINGSSKJEMA

Kartleggings skjema i forbindelse med forskningsprosjekt om individuell plan og samhandling i kommunehelsetjenesten

Navn: _____

Navn på kommune og avdeling/enhet du er ansatt i:

Noen spørsmål om deg selv:

For de 3 første spørsmålene angi antall og måneder

- Hvor lenge har du vært sykepleier? _____
- Hvor lenge har du vært sykepleier i den jobben du nå har? _____
- Hvor lenge har du hatt koordinatoransvar for individuell plan? _____
- Hvor mange pasienter har du koordinatoransvar for? _____

Brukergrupper med individuell plan (IP):

- Hvilke brukergrupper har IP? _____

- Hvor mange har IP i din kommune? _____

Om koordinatorrollen:

- Hvor mange har koordinatoransvar i din kommune? _____
- Hvor mange sykepleiere er koordinatører? _____
- Hvilke enheter/avdelinger kommer koordinatorene fra? _____

- Hvilke tjenester inngår i arbeidet med IP? _____

Organisering av IP:

- Hvilken enhet/avdeling i kommunen har det overordnede ansvaret for IP?

- Er det etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen? _____
- Hvis ja: Hvilken funksjon har den koordinerende enheten i forhold til IP?

- Er det opprettet ansvarsgrupper for IP? _____
- Er det implementert IKT-verktøy for IP? _____
- Erfarer du at IP-ordningen er godt kjent i helse- og sosialtjenestene i din kommune? _____

Samhandling:

- Er det faste møteplasser/samarbeidsforum utenom arbeidet med IP mellom helse- og sosialtjenestene? Og dersom: hvem deltar på disse?

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE

Intervjuguide til forskningsprosjekt om individuell plan og samhandling i kommunehelsetjenesten.

Om koordinatorrollen:

- Hva innebærer din rolle som koordinator?
- Hvordan opplever du rollen som koordinator for IP?
- Om det er rutiner for opplæring av IP-koordinatorene – fortell om dette.
- Hva er din erfaring knyttet til om koordinatorrollen er forankret i ledelsen både i din enhet og i kommunen generelt? Og hva tenker du om det (positivt/negativt)?

Refleksjoner rundt IP-ordningen:

- Fortell om hva du mener er de viktigste sidene med IP-ordningen?
- Opplever du at planene blir fulgt opp? Og hva mener du evt er årsak til at de ikke blir fulgt opp?
- Hvordan synes du ordningen fungerer generelt og spesielt i forhold til at IP-ordningen i følge forskriften også skal bidra til bedre samhandling mellom helse- og sosialtjenestene?
- Er det noen faktorer rundt IP-ordningen du kan peke på som bidrar til samhandling mellom helse- og sosialtjenestene?
- Er det noen faktorer rundt IP-ordningen som kan være barrierer for samhandling mellom helse- og sosialtjenestene?
- Hva vil du si til følgende påstand: IP-ordningen bidrar til et bedre og mer koordinert tjenestetilbud til brukerne.

Organisering av IP:

- Hva er dine erfaringer om hvordan organiseringen av IP fungerer generelt og spesielt i forhold til samhandlingen mellom de involverte helse- og sosialtjenestene?
- Hva tenker du evt kan gjøres annerledes for å gjøre samhandlingen bedre?

Samhandling:

- Hvordan foregår samhandlingen mellom helse- og sosialtjenestene i din kommune generelt?
- Er det inngått samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten?
- Erfarer du at IP-ordningen er kjent blant de ansatte i din kommune?
 - Hvis ja: hvordan opplever du at disse er kjent blant de ansatte i din kommune?
- Er det faste møteplasser/samarbeidsforum utenom arbeidet med IP mellom helse- og sosialtjenestene? Og dersom: kan du si noe om disse og hvem deltar på disse?
- Hvordan opplever du generelt at samhandlingen fungerer mellom helse- og sosialtjenestene?
- Har du noen tanker om hva som kunne vært gjort annerledes?

Bruker/pasient:

- Er du kjent med brukernes erfaringer med IP? (positivt/negativt)
- Erfarer du at pasient/bruker selv tar initiativ til IP?
- Erfarer du at pasient/brukers mål og ønsker er utgangspunktet for IP?

VEDLEGG 3: SVAR FRA NORSK SAMFUNNSVITENSKAPELIG DATATJENESTE

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Ragnhild Hellese
Avdeling for sykepleievitenskap
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 09.03.2012

Vår ref:29700 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.02.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

29700

*Hordan erfarer sykepleiere med koordinatoransvar for individuell plan i
kommunehelsetjenesten samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestene?*

Behandlingsansvarlig

Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Ragnhild Hellese

Student

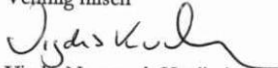
Kari Mette Dukefoss Holte


Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kari Mette Dukefoss Holte, Tveteneveien 51b, 3265 LARVIK

Avdelingskontorer / District Offices:

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29700

Basert på de opplysninger vi har mottatt om gjennomføringen av prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til PC, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

VEDLEGG 4: SØKNAD OM Å BENYTT KOMMUNER SOM FORSKNINGSFELT

Tilkommune

v/ kommunalsjef for helse og omsorg

Larvik, dato....

Søknad om å få benytte kommune i masterprosjekt

Det søkes med dette om å få bruke kommune som forskningsfelt i forbindelse med min masteroppgave i sykepleievitenskap ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Det søkes om å få gjennomføre intervjuer med 2 sykepleiere som har eller har hatt koordinatoransvar for individuell plan (IP) i kommunehelsetjenesten i Deres kommune.

Formålet med forskningsprosjektet er å utforske og beskrive hvordan sykepleiere med koordinatoransvar for IP i kommunehelsetjenesten erfarer samhandlingen mellom helse- og sosialtjenestene.

Bakgrunn for tema:

Forskning og offentlige publikasjoner viser at det er et økende antall mennesker som trenger bedre koordinert omsorg på tvers av helse- og sosialtjenestene. I Norge ble individuell plan (IP) innført ved lov i 2001 og skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det skal til enhver tid være én tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt med brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren.

Formålet med IP er blant annet å bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og IP skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, og mellom etater innen og på tvers av ulike forvaltningsnivå.

I Samhandlingsreformen som trådte i kraft i januar 2012 og i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Meld. St. 16), beskrives individuell plan som et sentralt virkemiddel for å bidra til et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til pasienter.

Bedre samhandling og koordinering mellom helse- og sosialtjenestene er et fellesanliggende for helsemyndigheter både nasjonalt og internasjonalt. Kunnskap om hvordan samhandlingen mellom helse- og sosialtjenestene foregår, hva som fremmer og evt hva som er barrierer for samhandling, er viktig for kunnskapsutviklingen både innen sykepleiefaget og helsetjenesten generelt.

Gjennomføringen av forskningsprosjektet:

- Jeg vil bruke individuelle intervjuer som vil ta fra 60-90 minutter. Intervjuene vil bli gjennomført på det stedet og til det tidspunktet som informantene selv ønsker.
- Det vil ikke komme frem i masteroppgaven navnet på hvilke kommuner som har vært med i prosjektet.
- All informasjon som fremkommer i forskningsprosjektet vil bli behandlet konfidensielt og alle opplysninger blir anonymisert.
- Undersøkelsen er tilrådd av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).
- Jeg ønsker å gjennomføre intervjuene i april – juni 2012.

Jeg håper Deres kommune kan delta i forskningsprosjektet. Dersom Dere imøtekommer søknaden, ber jeg om å få navn på en kontaktperson som jeg kan bruke for å rekruttere informanter til prosjektet. Kontaktpersonen vil da få tilsendt informasjonsskriv om studien og brev med forespørsel om deltakelse i studien som bes levert til sykepleiere som har eller har hatt koordinatoransvar for individuell plan i Deres kommune.

Jeg kan kontaktes på telefon 90 67 35 48, e-post: kmholte@online.no eller på adresse Tveteneveien 51b, 3265 Larvik.

Min veileder og ansvarlig for forskningsprosjektet er førsteamanuensis Ragnhild Hellesø. Hun kan kontaktes på telefon 97 69 99 73 eller e-post: ragnhild.helleso@medisin.uio.no

Hvis det er av interesse gir jeg gjerne en presentasjon av resultatene når masteroppgaven er fullført.

Med vennlig hilsen

Kari Mette Dukefoss Holte
*Mastergradsstudent i sykepleievitenskap
Ved Universitetet i Oslo*

VEDLEGG 5: FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Til sykepleiere i kommune

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

I forbindelse med min masteroppgave i sykepleievitenskap ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, ønsker jeg å gjennomføre intervjuer med sykepleiere som har koordinatoransvar for individuell plan (IP) i kommunehelsetjenesten.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som har til hensikt å utforske og beskrive hvordan sykepleiere med koordinatoransvar for IP i kommunehelsetjenesten erfarer samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestene.

Bakgrunn for tema:

Forskning og offentlige publikasjoner viser at det er et økende antall mennesker som trenger bedre koordinert omsorg på tvers av helse- og sosialtjenestene. I Norge ble individuell plan (IP) innført ved lov i 2001 og skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det skal til enhver tid være én tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt med brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren.

Formålet med IP er blant annet å bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og IP skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, og mellom etater innen og på tvers av ulike forvaltningsnivå.

I Samhandlingsreformen som trådte i kraft i januar 2012 og i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Meld. St. 16), beskrives individuell plan som et sentralt virkemiddel for å bidra til et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til pasienter.

Bedre samhandling og koordinering mellom helse- og sosialtjenestene er et fellesanliggende for helsemyndigheter både nasjonalt og internasjonalt. Kunnskap om hvordan samhandlingen mellom helse- og sosialtjenestene foregår, hva som fremmer og evt hva som er barrierer for samhandling, er viktig for kunnskapsutviklingen både innen sykepleiefaget og helsetjenesten generelt.

Hva innebærer studien?

- Forskningsprosjektets utvalg vil bestå av 12 personer fordelt i 6 kommuner.
- Kriteriene for utvalget er at personene er sykepleiere og har eller har hatt koordinatoransvar for individuell plan, at sykepleierne er fast ansatt i kommunen og har jobbet som sykepleier i minst 3 år.
- Det er etablert kontakt med en kontaktperson i hver kommune, som har delt ut denne forespørselen. Kontaktpersonen vil trekke ut 2 sykepleiere i hver kommune som leverer samtykkeerklæringen og som innehar utvalgs-kriteriene. Trekkingen vil foregå slik at alle som innehar utvalgs-kriteriene har samme mulighet til å bli trukket ut.
- Intervjuformen er individuelle intervjuer og jeg vil bruke en seminstrukturert intervjuguide.

- Intervjuene vil bli tatt opp på en båndopptaker og jeg vil i tillegg ta notater.
- Intervjuene vil ta fra 60-90 minutter og vil bli gjennomført på det stedet og til det tidspunktet som informantene selv ønsker.
- Undersøkelsen er tilrådd av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).
- Jeg ønsker å gjennomføre intervjuene i september 2012.

Mulige fordeler og ulemper:

Jeg er underlagt taushetsplikt og all informasjon som fremkommer i forskningsprosjektet vil bli behandlet konfidensielt, og alle opplysninger blir anonymisert. Det vil ikke komme frem i masteroppgaven navnet på hvilke kommuner som har vært med i forskningsprosjektet. Det medfører ingen fordeler eller ulemper for deg å delta i studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Lydbåndopptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2013. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når den publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker deg.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte min veileder og ansvarlig for forskningsprosjektet førsteamanuensis Ragnhild Hellesø, telefon 976 99 973. E-post: ragnhild.helleso@medisin.uio.no

Du kan også ta kontakt med meg på telefon 906 73 548 eller e-post: kmholte@online.no

Med vennlig hilsen

Kari Mette Dukefoss Holte
 Mastergradsstudent i sykepleievitenskap
 Ved Universitetet i Oslo

VEDLEGG 6: SAMTYKKEERKLÆRING

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt om individuell plan og samhandling

Jeg er villig til å delta i studien "Hvordan erfarer sykepleiere med koordinatoransvar for individuell plan samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestene".

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)