



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Lederes erfaringer med individuell plan i kommunal hjemmetjeneste.

En kvalitativ intervjustudie

Evelyn Solli Thomassen

Masteroppgave i helsefaglig utviklingsarbeid. HEL-3961, mai 2022

Antall ord: 24374



Forord

Å gjennomføre en master i helsefaglig utviklingsarbeid har vært veldig lærerikt og gir godt grunnlag for å jobbe med forbedring av tjenester i praksis. Jeg har lært utrolig mye, samtidig som det har vært tre forrykende og travle år. Jeg har fått fordype meg i det temaet jeg jobber med til daglig, noe som har vært nyttig både på jobb og i studiet.

Jeg vil gjerne takke familien min for at de har holdt ut min til tider manglende deltakelse i familielivet både ettermiddager og helger. Nå ser jeg frem til å bruke mer tid på dem.

Takk til de tre deltakerne, som har satt av tid til intervju med meg. De har delt villig av sin omfattende erfaring og det har selvsagt vært avgjørende for at jeg fikk skrevet denne oppgaven. Jeg har kun fått et lite glimt inn i deres hverdag, og hvordan deres uttalelser er tolket, tar jeg på min kappe.

Jeg vil gjerne også takke min veileder, Audhild Høyem for hjelp og støtte gjennom hele prosessen. Som deltaker i et nasjonalt forskningsprosjekt, har jeg også fått delta på workshop med engasjerte og erfarne forskere fra alle fire arbeidspakker. Jeg føler meg heldig som har fått mulighet til å være med i et slikt miljø med min lille masteroppgave, og få innspill fra eksperter. Lærere på studien og medstudenter har også bidratt med viktige innspill og støtte gjennom hele studieforløpet.

Tromsø, mai 2022

Sammendrag

Bakgrunn: Individuell plan er en lovfestet rettighet for de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Formålet med ordningen er å sikre at tjenestemottakerne får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuell plan skal både bedre samordningen av tjenester og sikre bedre brukervedvirkning. Det er imidlertid fortsatt få brukere/pasienter som får individuell plan.

Formål og hensikt: Formålet med studien er å belyse praksis rundt individuell plan fra ledes ståsted. Dette kan gi økt kunnskap om hvorfor ordningen er så lite brukt, noe som igjen kan bidra til bedre løsninger i fremtiden.

Problemstilling og forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer har ledere i kommunal hjemmetjeneste med individuell plan?

- Hvordan posisjonerer ledere i kommunal hjemmetjeneste seg selv og andre aktører når de forteller om praksis rundt individuell plan?
- Hvordan kan lederens posisjoneringer påvirke hvorvidt og hvordan individuell plan anvendes for brukere av kommunale hjemmetjenester?

Metode: Studien har et kvalitativt og utforskende design. Det er gjennomført semi-strukturerte forskningsintervju. Informantene i studien er tre avdelingsledere i kommunal hjemmetjeneste, og de er alle tre sykepleiere. Det er gjort en narrativ posisjoneringsanalyse av intervjuene som beskrevet av Michael Bamberg (Bamberg, 2004).

Resultater og konklusjon: Deltakerne posisjonerer gjennomgående seg selv og sine ansatte som aktive og autonome aktører, samtidig som brukerne får en passiv rolle, noe som er i konflikt med ideologien bak individuell plan. Lederrollen er tilpasset behovet for fleksibilitet og selvledelse i klinisk arbeid og dette kan påvirke bruken av individuell plan negativt. Materialet viser også manglende insentiver for implementering av ordningen, noe som også kan være med på å forklare den manglende bruken av individuell plan.

Nøkkelord: Individuell plan, hjemmetjeneste, ledelse, myndiggjøring, samhandling.

Abstract

Background: Individual plan is a statutory right for people who need long-term, coordinated services. The purpose of individual plan, is to ensure that these service-recipients get integrated, coordinated and individualized services. There are, however, still very few individual plans in use.

Purpose: The purpose of this study is to illuminate practice around individual plan from the perspective of leaders. This may give new knowledge about why individual plan is used so little, which may in turn contribute to better solutions for the future.

Research questions:

Which experiences do leaders in municipal home-care services have with individual plan?

- How do leaders in municipal home-care services position themselves and other actors when they describe their practice around individual plan?
- How can the positionings of these leaders influence whether and how individual plan is applied for users of municipal home-care services?

Method: This study has a qualitative and explorative design. Semi-structured research-interviews have been conducted. The participants are three leaders in municipal home-care services, and they are all nurses. A narrativ positioning-analysis of the interviews is conducted, as modeled by Michael Bamberg (Bamberg, 2004).

Results and conclusion: The participants position themselves and their employees as active and autonomous actors, while service users have passive roles. This is in contradiction to the ideals behind individual plan. The role of the leaders is adapted to the need for flexibility and self-management in clinical work. This may negatively impact the use of individual plan. A lack of incentives for implementing individual plan, can help explain the low level of usage.

Keywords: individual plan, home-care services, leader, empowerment, interaction.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for studien	1
1.2	Formål og problemstilling	2
1.3	Begrepsavklaring	2
1.4	Oppgavens oppbygging	3
2	Politikk og forskning rundt tema.....	3
2.1	Utfordringer for helsevesenet	3
2.2	Politiske satsningsområder	4
2.3	Individuell plan.....	6
2.3.1	Historikk.....	6
2.3.2	Lovgrunnlag	7
2.3.3	Lederansvar for individuell plan	7
2.3.4	Formål og innhold i individuell plan.....	8
2.3.5	Status og fremtid for individuell plan	9
2.4	Hjemmetjenesten	11
2.5	Forskning på individuell plan	13
2.5.1	Erfaringer fra bruker og pårørende.....	13
2.5.2	Erfaringer fra koordinator for individuell plan	14
2.5.3	Organisering av individuell plan	15
2.5.4	Kunnskapshull.....	16
3	Teoretiske perspektiv	17
3.1	Narrativ tilnærming og perspektiv.....	17
3.2	Narrativ samhandling	18
3.3	Begreper rundt mestring	19
4	Metode.....	19
4.1	Studiens kontekst.....	20

4.2	Egen forforståelse	21
4.3	Bruk av data fra fokusgruppeintervjuer	22
4.4	Intervju av ledere	23
4.5	Datainnsamling og transkribering	24
4.6	Posisjoneringsanalyse	25
4.7	Etiske overveielser	26
5	Resultat	27
5.1	Presentasjon av intervjuer	28
5.1.1	Anne	28
5.1.2	Berit	31
5.1.3	Carin	35
5.2	Posisjoneringsanalyse	39
5.2.1	Fortellingens hva	39
5.2.2	Fortellingens hvordan	42
5.2.3	Posisjonering i forhold til kulturelle og sosiale master-narrativer	43
5.2.4	Oppsummering	44
6	Drøfting	45
6.1	Aktivt helsepersonell og passive brukere	45
6.2	Klinisk ledelse	49
6.3	Manglende insentiver	53
7	Oppsummering av studien	57
7.1	Konklusjon	57
7.2	Metodiske overveielser	59
7.3	Behov for videre forskning og implikasjoner for praksis	60
	Referanseliste	62
	Vedlegg 1	67
	Vedlegg 2	70

Vedlegg 3	74
Vedlegg 4	75

1 Innledning

Innledningen beskriver kort tema og bakgrunn for valg av problemstilling og gir en oversikt over resten av oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn for studien

I min jobb i en kommunal koordinerende enhet, opplever jeg stadig utfordringer med å skape helhetlige tjenester til personer med komplekse behov. Et av verktøyene som skal gi bedre samhandling og brukermedvirkning er individuell plan, og koordinerende enhet har systemansvar for ordningen. Jeg opplever vansker på flere områder i dette arbeidet. For det første er det alt for få søknader og henvendelser om individuell plan, sett i forhold til hvor mange som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. For det andre er det utfordringer med å få utpekt koordinator, og jeg opplever at dette er en oppgave som få vil ha. Til sist er det vanskelig å sikre at opprettede planer er i aktiv bruk. I samhandling med andre koordinerende enheter, og ut fra nasjonale dokumenter, har jeg forstått at dette ikke er unikt for min kommune. I et helsevesen som er delt opp i nivåer og seksjoner, er god samhandling og koordinering avgjørende for god kvalitet og effektivitet. Individuell plan skal skape en struktur for denne koordineringen, uten å nødvendigvis kreve flere ressurser enn tjenestene allerede bruker på samhandling. Hvorfor tas ikke individuell plan i bruk i større grad da?

På bakgrunn av min erfaring fra koordinerende enhet, ble jeg spurt om å være med i en referansegruppe for et forskningsprosjekt ved Senter for omsorgsforskning/UiT – «*Praksis og rammebetingelser for koordinerte og persontilpassede tjenester til personer med langvarige og komplekse tjenestebehov*» (UiT Norges arktiske universitet, u.å. a). Etter første møte i referansegruppa, ble det klart for meg at mitt foretrukne tema til masteroppgave sammenfalt med forskningsfokuset i dette prosjektet. Etter vurderinger i forskerteamet, ble masterprosjektet mitt, fra april 2021, tilknyttet arbeidspakke 3 i det nasjonale forskningsprosjektet og jeg ble medlem av prosjektgruppa (UiT Norges arktiske universitet, u.å. b). Det nasjonale prosjektet handler om samarbeid på tvers av nivåer og sektorer omkring tjenester til pasientgrupper med langvarige og komplekse behov (Fagertun, 2018).

I Norsk helsevesen er det mange som yter tjenester til personer med langvarige og sammensatte behov. Mange ganger er det egne fysioterapi- og ergoterapitjenester, egen psykiatritjeneste og egen tjeneste for personer med utviklingshemming. I små kommuner kan det være flere funksjoner og yrkesgrupper i samme tjeneste enn i større kommuner. Det er

imidlertid den tradisjonelle hjemmetjenesten som ofte har størst omfang av tjenester for hjemmeboende i kommunene. Det er derfor en tjeneste hvor man i utgangspunktet er godt posisjonert både til å oppdage behov for individuell plan, og å arbeide med dette som deltaker eller koordinator. Jeg ønsker derfor å ta utgangspunkt i hjemmetjenesten for mitt prosjekt.

1.2 Formål og problemstilling

Kommunehelsetjenesten har et hovedansvar for individuell plan. Spesialisthelsetjenesten, NAV og barnevern har egne lovverk rundt individuell plan, men så lenge en person også har kommunehelsetjenester, lander hovedansvaret der (Helsedirektoratet, 2018b). Som beskrevet tidligere har hjemmetjenesten en unik posisjon i og med at de gir tjenester til en stor andel av de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Videre ønsker jeg å fokusere på ledere fordi det er de som i stor grad legger premisser for arbeidet, og fordi de har en nøkkelrolle som ikke har hovedfokus i den forskningen jeg har funnet (se kapittel 2.5). Ledere legger grunnlag for hvordan deres ansatte kan jobbe med individuell plan gjennom planleggingen og styringen av arbeidet i avdelingene. Ledere har også erfaring med hvilket handlingsrom de selv har i forhold til individuell plan. Til sist ligger det noen muligheter til å se mer helhetlig på arbeidet med individuell plan, når man spør ledere. Jeg anser derfor avdelingsledere i hjemmetjenesten som et interessant utgangspunkt for mitt prosjekt. Formålet med studien er å belyse praksis rundt individuell plan fra et nytt ståsted. Dette kan gi økt kunnskap om hvorfor ordningen er så lite brukt, og det kan også bidra til bedre løsninger i fremtiden. Jeg har valgt følgende problemstilling med utdypende og avgrensede forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer har ledere i kommunal hjemmetjeneste med individuell plan?

- Hvordan posisjonerer ledere i kommunal hjemmetjeneste seg selv og andre aktører når de forteller om praksis rundt individuell plan?
- Hvordan kan ledernes posisjoneringer påvirke hvorvidt og hvordan individuell plan anvendes for brukere av kommunale hjemmetjenester?

1.3 Begrepsavklaring

I denne oppgaven bruker jeg individuell plan og forkortelsen IP vekselvis om samme ting. Nærmere forklaring av hva individuell plan innebærer kommer i senere kapitler.

I kommunehelsetjenesten er det ordet «bruker» som er etablert for å beskrive tjenestemottakere i lovverket (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), og jeg vil også anvende

det ordet til forskjell fra for eksempel pasient, med mindre jeg siterer en kilde som bruker ordet pasient.

LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå) er et begrep som dukker opp i mange styringsdokumenter. LEON er et administrativt prinsipp om at behandling skal foregå på laveste mulige omsorgsnivå i helsetjenesten. Kommunehelsetjenesten skal i størst mulig grad ivareta befolkningens helseproblemer istedenfor spesialisthelsetjenesten (Braut, 2019). LEON-prinsippet brukes også i mindre skala om å fortrinnsvis benytte tjenester på lavere omsorgsnivå internt i en kommune til den enkelte brukeren. For eksempel vil tjenester i brukers hjem foretrekkes fremfor institusjonsplass under LEON-prinsippet.

New Public Management (NPM) er en fellesbetegnelse på prinsipper og metoder for organisering og styring av offentlig virksomhet. NPM bygger på en tanke om at offentlige tjenester som ligner mer på markedet, vil gi bedre kvalitet og effektivitet i tjenesteytingen. NPM er en styringsform som legger stor vekt på mål og resultat, økt konkurranse i tjenesteproduksjon, og valgfrihet for brukere (Hansen, 2022).

1.4 Oppgavens oppbygging

I de følgende avsnittene presenteres politikk og forskning rundt tema, teoretiske perspektiver, studiens metodikk, presentasjon av funn, posisjoneringsanalyse av funnene, så følger drøfting. Til slutt kommer en oppsummering der jeg konkluderer, vurderer metodiske valg og gir forslag til videre forskning.

2 Politikk og forskning rundt tema

I dette kapittelet går jeg gjennom relevant politikk og utdyping av temaet individuell plan i kommunal hjemmetjeneste. Både politiske føringer og forskning på området utdypes, og valg av problemstilling knyttes også opp mot dette.

2.1 utfordringer for helsevesenet

Det offentlige norske helsevesenet er grovt sett delt opp i spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenester. Disse igjen er organisatorisk delt opp i seksjoner, enheter og avdelinger. Videre ytes tjenestene av et bredt spekter av fagprofesjoner som jobber i varierende grader av monofaglig, flerfaglig eller tverrfaglig sameksistens.

I 2015 la regjeringen frem stortingsmeldingen «*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Videre vil jeg presentere de viktigste utfordringene som beskrives i denne stortingsmeldingen. Kommunene står ovenfor stadig mer komplekse oppgaver. Oppgaver som tidligere har vært ivaretatt i spesialisthelsetjenesten er flyttet til kommunene. Der det før var smittsomme sykdommer som var hovedbyrden for kommunene, er det nå andre lidelser som kols, kreft, hjerte-karsykdom, psykiske helseplager, demens og rusproblemer som er mest utfordrende. Stortingsmeldingen beskriver at dette stiller økte krav til kapasitet og kompetanse i norske kommuner, også andre typer kompetanse enn det har vært behov for fram til nå. Flere og flere brukere har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. For eksempel har brukere av hjemmetjenester ofte mer krevende tilstander enn tidligere, noe som gjør at de har behov for annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie. Dette utfordrer de skillene som er etablert mellom tjenestene i kommunene. Ifølge stortingsmeldingen står vi også ovenfor problemer med å rekruttere nok helsepersonell, samtidig som det vil bli knapphet på de frivillige tjenesteyterne på grunn av demografiske endringer. Meldingen beskriver også at det fortsatt er alt for mange beslutninger som tas uten pasientens innflytelse, og at arbeidet mot målet med å sette pasienten i sentrum må fortsette. Ettersom kommunene har fått flere oppgaver, har tradisjonen vært at disse har blitt organisert i nye separate tjenester. Også nye tilbud, som frisklivssentraler etableres adskilt fra andre tjenester. Dette gjør at dagens helse- og omsorgstjeneste er svært fragmentert, noe som forsterkes av at tjenestene mange ganger er fysisk adskilt og har få eller ingen møtearenaer. Separate journalsystemer bidrar også til fragmenteringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

2.2 Politiske satsningsområder

Samhandlingsreformen (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2009) er en av de dokumentene som viser satsningsområdene for helse- og omsorgstjenestene det siste tiåret. Reformen hadde som formål å styrke det helhetlige pasientforløpet, og at flere i fremtiden skulle tas hånd om i eget hjem av kommunen, istedenfor i sykehus (Torjesen & Vabo, 2014). I samhandlingsreformen var nettopp selve samhandlingen en av de største satsingsområdene. Pasienten skulle settes i sentrum for samhandlingen gjennom pasientforløp, gjennom at brukerperspektivet skulle ligge til grunn, og at det skulle gis økt brukermedvirkning. Samhandlingsreformen beskriver at pasientrollen har utviklet seg fra å være passivt mottakende til å bli mer aktivt medvirkende, og til og med mer krevende. Dette ansees som positivt, fordi det gir bedre mobilisering av brukerens egne ressurser, og dermed bedre

prognose for gode resultater. Økt kompetanse for helsepersonell var også en del av planen, særlig i kommunehelsetjenesten, og spesielt innen forebygging, tidlig intervensjon og rehabilitering. Det vises også til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet som viktige ordninger for å sikre god samhandling (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2009).

En evaluering av samhandlingsreformen fra forskningsrådet konstaterer at både kommuner og helseforetak har forsøkt å følge opp intensjonene i samhandlingsreformen. Helsetjenestene har endret seg i retning desentralisering og laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). De finner det imidlertid usikkert om reformen har gitt merkbare endringer i forhold til helhetlige pasientforløp (Forskningsrådet, 2016).

Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), er regjeringens strategi for bærekraftige helsetjenester. Det første satsningsområdet som beskrives her er at pasientene skal være aktive deltakere i helsehjelpen de mottar. Altså er brukermedvirkning og deltakelse høyest på agendaen. Andre relevante ambisjoner fra planen er at pasienter skal oppleve sammenhengende tjenester mellom kommuner og sykehus, sårbare pasienter skal møtes med team, og ledere skal gjennomføre nødvendige endringer i samarbeid med sine ansatte. Det siste legger et press på ledere i både kommuner og sykehus til å implementere politikken i praksis, samtidig som ansatte involveres. I tillegg skal 19 helsefellesskap mellom kommuner, helseforetak, fastleger og brukere sikre bedre samhandling og sammenheng. De fire prioriterte pasientgruppene for helsefellesskapene er personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre, barn og unge samt personer med flere kroniske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Her er det også verdt å nevne at en stor gruppe som har rett til individuell plan i dag, ikke kommer under disse fire gruppene. Eksempler kan være personer med hjerneslag, ME eller ALS som eneste diagnose. Disse kan ha stort behov for langvarige og koordinerte tjenester, men kan risikere å ikke bli hørt som en ikke-prioritert gruppe i de nye helsefellesskapene.

Også i kvalitetsreformen «Leve hele Livet» står mestring øverst på agendaen. Målet med reformen er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Her satses det på mat, aktivitet, fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene for å oppnå økt mestring. Det forutsettes også at omsorg fra pårørende skal opprettholdes på dagens nivå. I denne stortingsmeldingen beskrives individuell plan som et sentralt verktøy for å skape en sammenhengende og personsentrert tjeneste. God ledelse beskrives også som en forutsetning

for tjenester av god kvalitet, og for å gjennomføre selve reformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

2.3 Individuell plan

En person med behov for langvarige og koordinerte tjenester, kan trenge bistand på flere livsområder. En individuell plan er et verktøy for samhandling og brukermedvirkning på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Individuell plan er ikke begrenset til helse- og omsorg, men kan for eksempel også inkludere samhandling med NAV, skole eller flyktningetjeneste. En individuell plan inneholder i korte trekk brukerens mål, ressurser og tjenestebehov, oversikt over tjenesteytere som deltar i arbeidet og hva de og bruker selv bidrar med for at bruker skal nå målene sine. En av tjenesteyterne utpekes som koordinator, og får ansvar for fremdrift i planarbeidet (Helsedirektoratet, 2018b).

2.3.1 Historikk

Individuell plan ble først introdusert i sammenheng med rehabilitering. Ordningen ble foreslått lovhjemlet allerede i St. meld. 21 (1998-1999) «Ansvar og meistring». Retten til koordinator ble ikke fremmet i meldingen, men det ble beskrevet som formålstjenlig å tilby en fast kontaktperson i hjelpeapparatet (Breimo, Normann, Sandvin & Thommesen, 2015). I denne stortingsmeldingen fremkommer det at individuell plan anbefales for alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Bakgrunnen for dette var at tilbudene til de som trengte tjenester over tid var lite tilfredsstillende. Brukerne måtte ofte finne frem selv i systemet og koordinere egne tjenester. Forskjellige tjenester hadde hver sin plan for sitt arbeid, men disse var ikke samordnet. Dermed fikk man ikke nødvendig flyt og koordinering av tjenestene. Formålet med individuell plan var å styrke samhandlingen mellom ulike nivåer og sektorer, og skape et mer langsiktig og helhetlig tilbud til den enkelte som hadde behov for tjenester av et visst omfang. Brukerne ble ifølge stortingsmeldingen i liten grad tatt med i valg og utforming av egne tjenester. Brukerundersøkelser viste også at de som hadde hatt ansvarsgruppe, fast kontaktperson eller individuell plan, oftere meldte at tjenestene var tilfredsstillende og tilpasset deres behov. Stortingsmeldingen understreker også at det er særlig viktig at den individuelle planen er brukeren sin egen plan, og at den er en samla plan på tvers av nivåer og sektorer (Sosial- og helsedepartementet, 1998).

I boken «Individuell plan – samspill og unoter» beskrives det at det er fire begreper som uttrykker formålet med individuell plan; helhet, koordinering, brukermedvirkning og individuell. Alle disse begrepene har oppnådd å bli politiske honnørord, og gir uttrykk for et

ambisiøst og idealistisk prosjekt. Alle fire perspektiver er avhengige av hverandre. For å oppnå helhetlige tilbud, må man også ha et individuelt perspektiv, og det igjen krever både koordinering og brukermedvirkning. Denne avhengigheten kan også gjøre ordningen sårbar for svikt i ett av prinsippene (Breimo et al., 2015).

2.3.2 Lovgrunnlag

Retten til en individuell plan i kommunehelsetjenesten er lovfestet i kommunehelsetjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) og helsepersonelloven (Helsepersonellova, 1999). Kommunene har plikt til å tilby individuell plan til alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og de samme brukerne har på sin side rett til å få individuell plan og koordinator. Det er verd å merke seg at kommunens plikt innebærer at kommunen på eget initiativ må vurdere om en person har rett til en individuell plan. Kommunen har videre ansvar for å sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, sikre samtykke, oppnevne koordinator, lede planarbeidet i samarbeid med bruker, utforme og følge opp plandokumentet, samt sikre fremdrift og evaluering etter en fast tidsplan (Helsedirektoratet, 2018b). Helsepersonelloven poengterer den enkelte helsearbeiders ansvar for å oppdage behov for IP og melde dette til koordinerende enhet. Videre er det opp til utpekt koordinator og de andre tjenesteyterne, i samarbeid med bruker, å få ordningen til å fungere etter intensjonen. Med dette gjøres individuell plan i stor grad til et personlig ansvar for helsepersonell, til tross for at problemet som skal løses (fragmenterte tjenester), er av strukturell art. I tillegg har helsepersonell mange andre krav som skal møtes, og de har som regel sterke føringer fra ledere og egen organisasjon som påvirker hvordan de kan jobbe med individuell plan.

2.3.3 Lederansvar for individuell plan

Det generelle lederansvaret for helse- og omsorgstjenester beskrives i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorg. Her beskrives lederes plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere alle virksomhetens aktiviteter. Dette innebærer en plikt til å ha oversikt over relevant regelverk og veiledere og sørge for at disse iverksettes i samarbeid med ansatte og med bruk av erfaringer fra brukere og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Forskriften er generell og overordnet for både kommune og spesialisthelsetjeneste. Internt i en virksomhet (for eksempel en kommune) vil det være mange ledere i flere ledd som alle skal dele på ansvaret. Dette gir rom for pulverisering av

ansvar. I tillegg vises det bare generelt til relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og dette er i praksis et enormt felt med tusenvis av sider med tekst som ledere forventes å ha oversikt over. For personer som fyller retten til individuell plan er det i hovedsak to veiledere som utfyller lovverket og gir retning for arbeidet. Det gjelder helsedirektoratets veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2017b), samt veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2018b).

Veilederen for oppfølging av personer med store og sammensatte behov, beskriver at tydelig ledelse er et krav for å sikre god oppfølging av målgruppen. Det beskrives at øverste leder skal sikre systematisk kvalitetsforbedring i tjenestene. Videre skal ledere anvende brukeres og pårørendes erfaringer i både utvikling og gjennomføring av tjenester. Her nevnes også at tilnærmingen til brukere bør snus fra «hva feiler det deg?» til «hva er viktig for deg?». Lederansvaret går også på å sikre identifisering av behov i tjenestene, og å legge til rette for tverrfaglig samarbeid. Helhetlig og koordinert oppfølging bør være på dagsorden jevnlig, og koordinerende enheter må sikres tydelig mandat og god lederforankring. Til sist anbefales det at koordinatorene for individuell plan sikres nødvendig lederstøtte og opplæring for å bli trygge og kompetente i rollen (Helsedirektoratet, 2017b).

Helsedirektoratets veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator er mer generell i sin beskrivelse av lederansvar. Her er det virksomheten som har ansvar for å legge til rette slik at helsepersonell kan oppfylle sine forpliktelser. Det betyr at virksomheten skal sikre nødvendige rammebetingelser for at personell kan jobbe med individuell plan og ha koordinatorrolle. Dette inkluderer tilstrekkelig opplæring og tid til å utføre oppgavene. Det poengteres at det er behov for sterkere lederforankring av koordinering og samhandling, og at forventninger til koordinatorrollen bør være tema allerede i en ansettelsesprosess (Helsedirektoratet, 2018b).

2.3.4 Formål og innhold i individuell plan

Formålet med individuell plan pr i dag er beskrevet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) på denne måten:

- Sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- Sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse

- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteytere på tvers av fag, nivåer og sektorer

Innholdet i en individuell plan er beskrevet i samme forskrift, og utdypet i gjeldende veileder (Helsedirektoratet, 2018b). Både innhold og omfang av IP skal tilpasset brukerens behov og etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende:

- a) en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c) en angivelse av hvem som er koordinator
- d) en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h) pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i) en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater.»

Dette ser veldig stort og komplisert ut, men omtrent alle kommuner og helseforetak har enten tatt i bruk nettbasert IP med enkelt brukersnitt, eller har utarbeidet maler for individuell plan som ivaretar alle disse punktene i små dokumenter på 1-2 sider. Helsedirektoratet har laget et verktøy for bemanning i helsestasjon som sier noe om antatt tidsbruk på å være koordinator for en individuell plan (Helsedirektoratet, 2021b). Estimaten er basert på hva helsedirektoratet mener er nødvendig for å utføre oppgaven. Tallene finnes i en utdypende informasjon om bemanningsverktøyet, og beskriver at oppstart av individuell plan/ansvarsgruppe/annet koordinatorarbeid vil kreve ca 35 timer første år. Deretter er det beregnet at det i snitt vil kreve ca 25 timer pr år i koordinatorarbeid (Helsedirektoratet, 2021e). Dette tilsvarer rundt 2 timer pr måned i ekstra arbeid for å være koordinator, et estimat som jeg selv finner troverdig etter 3 års erfaring med opplæring og oppfølging av koordinatører.

2.3.5 Status og fremtid for individuell plan

Individuell plan startet som sagt med tette forbindelser til rehabilitering. Individuell plan beskrives i dag som løsning på fragmenteringen av helsetjenestene i mange myndighetsdokumenter, for eksempel opptrappingsplan for rehabilitering (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2016b), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) og Pakkeforløp hjem kreft (Helsedirektoratet, 2021c). Andre dokumenter foreslår andre løsninger for å ivareta samme behov i tillegg til individuell plan, som oppfølgingsteam (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b), forløpskoordinator (Helsedirektoratet, 2018a) og barnekoordinator (Kunnskapsdepartementet, 2021), i en anerkjennelse av at ordningen med individuell plan ikke har oppnådd sitt formål så langt.

Helsedirektoratet har evaluert sin egen opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. I resulterende rapport har de sett på bruken av individuell plan for den aktuelle brukergruppen (brukere som har behov for rehabilitering eller habilitering). Evalueringen påpeker at en for lav andel får individuell plan til at rettigheten kan være ivaretatt. Av de som har tidsbegrenset opphold i institusjon (korttidsopphold og/eller rehabiliteringsopphold av begrenset varighet), er det bare 2 % som har fått individuell plan. Siden 2010 har det stabilt vært rundt 8% av de som mottar tjenester i hjemmet som også har individuell plan. I tillegg har helsedirektoratet gjennomført en undersøkelse blant 31 representanter for brukerorganisasjoner i forbindelse med evalueringen. Brukerrepresentantenes svar peker mot en negativ erfaring med individuell plan og koordinator. Det gis ingen grundig beskrivelse av hvorfor erfaringene er negative, men det vises til at IP i liten grad blir brukt, og at det oppfattes som et administrativt redskap. I evalueringen brukes ikke dette som argument mot å bruke individuell plan, men det tas som et tegn på at ordningen ikke fungerer slik den praktiseres i dag. Det anbefales at tilnærmingen til individuell plan revideres, hovedsakelig ved å koble IP rutinemessig til rehabiliteringsplaner. Det foreslås at spesialisthelsetjenesten bør inkludere panellementer i epikrise ved utskriving og at IP bør være elektronisk og tilgjengelig for alle tjenesteytere og bruker selv (Helsedirektoratet, 2021a).

Statistikk (Helsedirektoratet, 2022) viser at det i 2020 bare var 7,2 prosent som hadde en virksom individuell plan blant mottakere av helsetjenester i hjemmet og/eller praktisk bistand. Dette er lavere enn de to foregående årene (hhv 7,8 og 7,7%), og viser at det i alle fall ikke er tegn til en økning i andelen. Tallene er hentet fra kommunenes IPLOS-registrering. IPLOS-registret inneholder nøkkelinformasjon som kommunene har registrert om de som har søkt om, eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune (Helsedirektoratet, u.å.). Denne nøkkelinformasjonen, inkludert om bruker har individuell plan eller ikke, registreres av tusenvis av forskjellige helsepersonell og administratorer i mange deler av kommunehelsetjenestene. En ensartet registrering er vanskelig å få til i store organisasjoner, og det er derfor verdt å ta med seg at det hefter noe usikkerhet rundt disse tallene.

2.4 Hjemmetjenesten

De norske helsetjenestene er menneskebehandlingende organisasjoner. Mennesker er ulike og reagerer også ulikt på forskjellige intervensjoner. Dette gir behov for et tillitsbasert samarbeid mellom yrkesutøver og tjenestemottaker. Dette moralske aspektet ved menneskebehandlingende organisasjoner, gjør at yrkesutøvere på nederste nivå får et særlig ansvar, noe som betyr at deres handlinger bestemmer politikken utfall (Vabø, 2014b).

Kommunehelsetjenesten har som sagt hovedansvar for å lede arbeidet med individuell plan, der hvor den aktuelle brukeren har kommunale helse- og omsorgstjenester. Innad i kommunehelsetjenesten er hjemmetjenesten en stor aktør, som i stor grad gir tjenester til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Hjemmetjenesten er i en god posisjon til å oppdage behov for IP og delta i arbeid med ordningen, som deltaker eller med koordinatorkfunksjon. Hjemmetjenesten har imidlertid mange føringer og strukturer som påvirker deres arbeid, både med individuell plan og andre oppgaver.

Rasmussen og Vabø (2014) beskriver hvordan hjemmetjenesten har utviklet seg siden 60-tallet. I starten betalte kommunene husmødre pr time for å hjelpe et fåtall eldre i sitt nærmiljø. Utover 80-tallet ble flere og flere kvinner yrkesaktive og det ble vanligere å flytte fra hjemstedet. Dermed fikk mange eldre ikke lengre den samme bistand fra familien som tidligere, og det ble derfor behov for mer profesjonell organisering av hjemmetjenester. Kommunene fikk overta ansvaret for sykehjemmene, og de fleste kommunene reduserte da på institusjonsplasser til fordel for hjemmebaserte tjenester. Politikken siden da har vært å i hovedsak tilby hjemmetjenester, og reservere institusjonsplasser til de aller mest pleietrengende. Hjemmetjenesten ble organisert i arbeidsgrupper med ansvar for sine geografiske områder, med medfølgende delegert myndighet og ansvar. Hjemmetjenestene ble plassert i en hierarkisk organisasjonsstruktur, hvor sonelederne var faglig ansvarlig for tjenester av forsvarlig og god kvalitet. Disse lederne hadde som regel en kanal til pleie- og omsorgssjefen, hvor de kunne begrunne behov for mer ressurser. Enkelte soneledere var flinkere til dette enn andre, noe som førte til ulik behandling av sonene. Systemet fremsto som et tillitsbasert system, basert på selvledelse og kollegial fagledelse. Soneledere hadde ansvar for behovsvurdering eller delegerte dette eventuelt til sine ansatte. Uforutsigbarhet og kapasitetssvingninger var et problem, og personalet måtte gjøre upopulære kutt i tilbud når problemene toppet seg (Rasmussen & Vabø, 2014).

Etter hvert kom tjenestetildelingen under oppmerksomhetens lupe, administrativt med krav om å begrense utgiftene, og fra brukere som lurte på hva de hadde krav på. Det kom derfor krav om at det skulle skrives enkeltvedtak på sosiale tjenester med tilhørende klagerett. Videre innførte omtrent halvparten av kommunene bestiller-utfører-modeller, hvor en forvaltningsenhet overtok ansvar for vurdering av hjelpebehov og vedtak (Rasmussen & Vabø, 2014). Bestiller-utfører-modell og økt fokus på tjenestetildeling kan sees på som en del av NPM-ideene som kom inn i norsk helsevesen fra 90-tallet (Vabø, 2014c).

I Norge, som i mange andre vestlige land, har mer og mer helse- og omsorgstjenester blitt flyttet fra institusjoner og over i pasientenes hjem. Dette har gjort hjemmetjenestenes arbeid mer variert og krevende. Hjemmetjenestens arbeid er en praksis i forandring, med utviskede grenser. De har et økende antall oppgaver som skal løses under økende tidspress, og med uklarheter i hvordan dette skal fordeles (Fjørtoft, Oksholm, Delmar, Førland & Alvsvåg, 2021).

Martinsen, Mortensen og Norlyk (2018) har gjennomført en meta-etnografi av nordisk kvalitativ forskning rundt erfaringene til sykepleiere i hjemmetjenesten. De beskriver hvordan sykepleierne må finne en balanse mellom å være gjest i brukers hjem, og samtidig være profesjonell. Her er funnene at sykepleierne beskriver en ydmyk tilnærming, men kan også bruke sin profesjonelle makt til å sikre seg selv gode arbeidsforhold eller for å få bruker til å rette seg etter det sykepleieren ønsker. Pårørende beskrives som en ressurs for brukerne, som yter praktisk og emosjonell støtte. Forfatterne beskriver at nordisk hjemmesykepleie er under stort tidspress, noe som undergraver sykepleiernes profesjonalitet, og også genererer skam hos sykepleierne fordi de ikke kan leve opp til egne idealer. Det konkluderes også med at sykepleiere i hjemmetjenesten hele tiden balanserer omsorg slik at det fordeles rettferdig mellom brukerne. Forfatterne anbefaler at sykepleiere får opplæring rundt veiledning av pårørende og utfordringer med å arbeide i brukers hjem, for å møte økende kompleksitet i fremtiden (Martinsen et al., 2018).

I dette landskapet skal hjemmetjenesten også ivareta individuell plan for den andelen av brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Både ansatte og leder har ansvar for å oppdage behov for individuell plan og melde dette til koordinerende enhet (Helsepersonellova, 1999). Videre har de som kommunale tjenesteytere plikt til å delta i arbeid med individuell plan, og også ta på seg koordinatorrollen ved behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det er imidlertid en føring som gjelder bare noen av brukerne

de følger opp, og som statistikken viser, er det svært få pr i dag som har individuell plan. Det peker mot begrenset erfaring med ordningen i hjemmetjenestene, og også at det må være behov for IP som ikke blir fanget opp.

2.5 Forskning på individuell plan

I dette kapittelet gjør jeg rede for tidligere forskning som jeg anser særlig relevant for mitt prosjekt. Jeg har gjort litteratursøk i flere databaser med både engelske og norske søkeord. Individuell plan i den formen som brukes i norsk kommunal helse- og omsorgstjeneste viser seg å være et ganske særnorsk fenomen. I andre nordiske land, Storbritannia etc. dreier forskningen seg stort sett om lignende ordninger innen psykiatri, for utviklingshemmede eller for barn. Også i Norge er det en overvekt av studier om individuell plan innen psykisk helse eller rustjenester. Jeg har begrenset mitt søk til de siste 10 årene. Videre har jeg lagt større vekt på kunnskapsoppsummeringer og større undersøkelser, enn små enkeltstudier, da disse representerer større utvalg og mer mulighet for generalisering. Til sist har jeg begrenset utvalget til kommunale helsetjenester til voksne. Funnene beskriver generelt det samme som nasjonale dokumenter, at individuell plan ikke fungerer i tråd med sitt formål. Det gis imidlertid få forklaringer på hvorfor.

2.5.1 Erfaringer fra bruker og pårørende

Breimo, Normann, Sandvin og Thommesen gjorde en omfattende kvalitativ studie om erfaringene med individuell plan, som de har brukt i sin bok om ordningen (Breimo et al., 2015). De gjennomførte både individuelle intervjuer, og gruppeintervju. I den forbindelse snakket de med 11 brukere og 6 pårørende. De rekrutterte både personer som hadde individuell plan, og personer som ville fylle kriteriene for å få dette, men hvor det var ukjent om de hadde fått individuell plan eller ikke. De fleste brukerne og pårørende som ble intervjuet, var fornøyde med sin individuelle plan, både ordningen generelt og koordinatoren. Forfatterne mener også de har grunnlag for å si at individuell plan ga en forbedring i livssituasjonen for de fleste brukerne i studien. De beskriver at samarbeidet mellom bruker og koordinatoren i planleggingen ble opplevd som det viktigste i prosessen. Vissheten om at brukeren hadde noen å kontakte (koordinatoren), syntes å være viktigere enn det faktiske omfanget av kontakt. Brukernes tilfredshet med koordinatoren var videre knyttet til opplevelsen av at koordinatoren var der for dem, som en talsperson i systemet. Ikke i betydningen at de påtok seg en advokatrolle, men heller som los og veileder i et fragmentert, byråkratisk og (noen ganger) lite imøtekommende hjelpeapparat (Breimo et al., 2015).

Lauveng og Skjeldal gjennomførte en nettundersøkelse av pasienter og pårørendes erfaringer med individuell plan for Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Den viste at bare 13 % av de spurte hadde en godt fungerende plan. Disse var til gjengjeld godt fornøyd med ordningen. Flertallet hadde imidlertid erfaring med planer som ikke ble evaluert, samarbeid som ikke fungerte og at de ikke fikk tjenester de følte behov for. Dette førte til at de ikke var fornøyd med individuell plan, selv om ingen var negative til selve ideen, og flere ønsket at planen deres ble fulgt opp bedre (Lauveng & Skjeldal, 2020).

Også Langhammer, Madsen, Hellem, Bruusgaard, Alve og Slettebø (2015) har sett på brukernes erfaringer med individuell plan. De utførte en case-studie av tretten brukere som hadde individuell plan. Data ble samlet inn gjennom semi-strukturerte intervjuer av brukerne, deres koordinator og pårørende. Demografiske og kvantitative data ble samlet inn gjennom spørreskjema rettet mot aktiviteter i dagliglivet (ADL). Forskerne knyttet hvordan brukernes drømmer og behov ble møtt, til administrative og lovmessige begrensninger, hvordan disse ble tolket, samt koordinatorens posisjon i hierarkiet i det administrative systemet. Individuell plan, eller særlig koordinator, bidro til at brukerne ble møtt på ønsker og behov, men bare dersom koordinator hadde nødvendig kunnskap og erfaring. Koordinatorene måtte være gode til å kommunisere med andre tjenesteytere (og brukeren selv), og også gode til å manøvrere i systemet (Langhammer et al., 2015).

2.5.2 Erfaringer fra koordinator for individuell plan

I studien til Breimo, Normann, Sandvin og Thommesen, intervjuet de også 7 koordinatorene. I disse intervjuene kom det frem at alle koordinatorene var opptatt av brukermidvirking. Flere av koordinatorene opplevde imidlertid å komme i skvis mellom brukernes forventninger til tjenestene, og kommunens evne eller vilje til å innfri disse forventningene. Det er et dilemma at koordinatoren har en rolle som forventes å være på brukerens side, samtidig som de er en del av hjelpeapparatet. Forfatterne mener å se at et tydelig skille mellom koordinatorrollen og egen profesjonelle yrkesrolle, gjør det lettere for koordinator å knytte sin lojalitet til bruker i arbeidet med individuell plan. I motsetning opplevdes en mer betinget lojalitet der hvor koordinatorrollen var en integrert del i yrkesrollen, og der ble det også større behov for å avklare forventninger og sette grenser i forholdet til brukere (Breimo et al., 2015).

Sægrov har to artikler som begge tar for seg koordinatorenes erfaringer. I den første ble det gjennomført et opplæringsprogram om individuell plan, og deretter gjennomført fokusgruppeintervjuer med sykepleiere. Her konkluderte Sægrov med at individuell plan ikke

var integrert i arbeidet på avdelingene og at ansvaret for ordningen var pulverisert. Videre mente sykepleierne at opplæringsprogrammet var nyttig, og det fremkom at retten til IP burde være forankret i ledelsen (Sægrov, 2012). Den andre studien bygde videre på dette med en spørreundersøkelse. Her kom det frem at sykepleierne mente de hadde for lite tid til å utarbeide IP, at de ikke følte seg trygge på oppgaven, og at plikten til å jobbe med individuell plan burde bli en arbeidsinstruks fra leder (Sægrov, 2015).

2.5.3 Organisering av individuell plan

Breimo, Normann, Sandvin og Thommesen intervjuet også 22 andre tjenesteytere og administrativt ansatte, for eksempel fra koordinerende enheter. Strategien rundt rekruttering av tjenesteytere til studien var at de ønsket personer som jobbet med individuell plan. Forfatterne oppgir det som en svakhet ved studiene at alle informantene var rekruttert fra store kommuner, og at studien derfor kan være mindre representativ for små kommuners arbeid. De stilte også spørsmål ved om det kan ha påvirket studien at tre av forskerne også var forfattere av en bok om individuell plan som flere informanter snakket om i intervjuene. I disse intervjuene var fokuset på hvorvidt organiseringen av arbeidet med individuell plan har betydning for hvordan ordningen fungerer. Det påpekes at organiseringen av arbeidet med individuell plan kan ha ført til mer byråkratisering og en profesjonalisering av koordinatorrollen. Breimo, Normann, Sandvin og Thommesen stiller også spørsmålsteget ved om fokuset har blitt mer på kvantitet enn kvalitet, siden telling av planer er hovedindikator for om kommunene oppfyller sin plikt. Det beskrives også at det er vansker med å få tjenesteytere til å påta seg rollen som koordinator. Dette mener forfatterne kan forklares på flere måter. Det kan være et problem at rollen innebærer økt arbeidsmengde uten kompensasjon eller økte ressurser, at selve rollen er for teknisk og administrativ slik at den er mindre attraktiv for tjenesteytere, og/eller at elektroniske planer er en barriere for tjenesteytere (Breimo et al., 2015). Forfatterne viser også til Rambøll, som konkluderte med at det å få tjenesteytere til å ta på seg koordinatorrollen er en av de største utfordringene ved ordningen (Rambøll, 2010).

Rokkansenteret har utgitt en rapport om individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene. Det er gjennomført en dokumentanalyse av lovbestemmelser og statlige tilsynsrapporter samt en kunnskapsoppsummering av forskning rundt IP som styringsverktøy. I tillegg har det blitt gjennomført en nettbasert undersøkelse blant rådmenn og enhetsledere i 100 tilfeldig utvalgte kommuner. Forfatterne valgte å

fokusere på individuell plan innen barnevern og psykisk helsevern, og fant at IP er mer institusjonalisert som styringsverktøy innen psykisk helsevern for voksne enn innenfor barnevern. Dette betyr også at rapporten ikke har hatt fokus på hovedmålgruppen til hjemmetjenestene. Likevel er det en omfattende undersøkelse som konkluderer med at den administrative ledelsen i kommunene er lite involvert, og bare til en viss grad interessert i individuell plan (Berven, Ludvigsen, Christensen & Nilssen, 2013).

2.5.4 Kunnskapshull

Forskningsrådet har gitt ut et kunnskapsnotat som sammenstiller forskningen rundt koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov (Anvik et al., 2019). Notatet dreier seg ikke spesifikt om individuell plan, men mer generelt om koordineringen for målgruppen til individuell plan. De har systematisert nyere forskning og vurdert hva som er de viktigste utfordringene og kunnskapsbehovene innenfor temaet. De fant at forståelsen av koordinering og samhandling i studiene ligger tett opp til hvordan begrepene defineres i politikk og reformer. Forskningen har ofte vært rettet mot å løse faste velferdspolitiske målsetninger, og det generelle bildet som tegnes er at koordinering og/eller samhandling er mangelfull i alle ledd. Det etterspørres mer forskning om hvordan samhandling og koordinering faktisk foregår og hvilke hindringer som finnes, dette med mål om å finne ut mer om hvorfor koordineringen er mangelfull. Det påpekes at det vil være interessant å studere forskjellige ståsted som problemer og behov kan sees fra (Anvik et al., 2019).

I foregående kapitler fremkommer det at forskningen rundt individuell plan så langt har vært overveiende kvalitativ, og fokusert på bruker/pårørende, koordinator eller koordinerende enheter. Tjenesteyterne som ofte har vært spurt om sine erfaringer rundt individuell plan, er ansatte som har erfaring med å være koordinator eller delta i slikt planarbeid. Det er imidlertid svært få brukere som har individuell plan (7,2% av mottakere av helsetjenester i hjemmet, jf. kapittel 2.3.5). Det betyr at det i praksis må være få ansatte i ordinære hjemmetjenester som har særlig erfaring med ordningen. Kan det bety at vi får et svært begrenset bilde av hvordan arbeid med individuell plan og koordinering løses (eller ikke løses) ved å spørre de som jobber med det? For å få tilgang til tilfellene hvor individuell plan ikke tas i bruk, må vi kanskje innta et annet ståsted. En viktig nøkkelrolle som har vært lite berørt er ledernes erfaringer med arbeidet med individuell plan, og det er derfor jeg har valgt deres erfaringer som utgangspunkt for denne studien.

3 Teoretiske perspektiv

Lovverket legger som sagt opp til å gjøre arbeid med individuell plan til et personlig ansvar for helsepersonell. Innen sosiologien ser man imidlertid på individet som en del av en større helhet, og en slik innfallsvinkel kan derfor være egnet for å se hvordan det som oppfattes som et personlig problem kan knyttes til strukturelle eller kulturelle faktorer (Tjora, 2012). I denne studien har jeg benyttet en narrativ tilnærming i analysen, og jeg presenterer derfor noe teori om narrativ som bakgrunn. Sist i kapitlet går jeg gjennom begrepet mestring, da dette er så sentralt for individuell plan i både ideologi og formål.

3.1 Narrativ tilnærming og perspektiv

Ordet narrativ bærer med seg mange meninger og brukes på varierte måter i forskjellige disipliner, ofte synonymt med fortelling (Riessman, 2008). Riessman beskriver hvordan narrativ form begynte med Aristoteles' utforskning av den greske tragedien. Det beskrives en klassisk struktur på narrativ, med begynnelse, midtdel og slutt, og med en handling som drives av karakterene. Selv om narrativ teori først utviklet seg fra undersøkelser av litterære verk, er det også egnet til å se på mange typer tekst, fortellinger og visuelle materialer. Fortelling (narration) kan også sees på som en meningsskapende prosess, hvor fortellingen er en sosial konstruksjon mellom forskeren og deltakeren (Riessman, 2008).

Blix og Sørly (2017) beskriver narrativ på flere måter, og oppsummerer tre ting mange synes å være enige i. Narrativer har et hendelsesforløp over tid, de er meningsfulle, og narrativ er også et sosialt fenomen der noen forteller og noen lytter. Forfatterne beskriver den narrative vendingen (the narrative turn), hvor interessen for å studere narrativer spredte seg fra litteraturvitenskap til andre disipliner. Fra å fokusere på litterære verk, utvidet interessen seg til å omfatte også erfaringer til grupper i samfunnet, gjerne med utgangspunkt i realismen, hvor narrativ metode skulle bidra til å finne sannheten om virkeligheten der ute. I en vending bort fra realismen, ble det økt fokus på mening som noe som skapes i en sosial interaksjon, heller enn noe som er der fra før. Bevegelse mot narrativ forskning kan sees på som en bevegelse bort fra ideen om at forskeren er en objektiv observatør. Forskeren og den det forskes på er i en relasjon, og begge påvirkes av prosessen. Narrativ forskning kan ikke presenteres i tall, og er mer interessert i det spesielle enn det generelle, enkeltpersoners erfaringer heller enn generelle teorier. Enkeltpersoners fortellinger kan likevel bidra til forståelse som kan ha relevans i andre sammenhenger (Blix & Sørly, 2017).

3.2 Narrativ samhandling

Blix (2017) beskriver at en narrativ tilnærming i forskningen kan bidra til en bred forståelse av informantenes erfaringer. Det er mange ulike former for narrative tilnærminger og perspektiv, mange av dem fokusert på hvordan en fortelling er bygd opp og hva den handler om. De senere årene har flere i det narrative feltet påpekt begrensninger ved disse tilnærmingene. Fortellinger skapes alltid i en samhandling, og også innenfor bestemte historiske, kulturelle, institusjonelle og diskursive kontekster. På norsk brukes ordet fortelling både som substantiv og som verb, som noe man skaper og noe man gjør. Gjennom å fortelle, skaper man narrative realiteter, man vedlikeholder og reproducerer maktforhold, eller gjør motstand mot dem. I narrativ samhandling forenes Goffmanns teori om at vi alltid forsøker å forme andres inntrykk av oss med Bakhtins ide om at enhver fortelling er bærer av diskurser. (Blix, 2017).

Bamberg beskriver hvordan fortelling gjør at fortelleren kan innta en reflekterende posisjon til seg selv. Å fortelle innebærer en konstruksjon av narrative versjoner av virkeligheten, i en interaksjon med andre, og i kontekst med andre personer og hendelser og til videre diskurser (Bamberg, 2011). Ideen om posisjonering er sentral for analyser av narrativ samhandling. Posisjoner kan være gitt av allerede eksisterende sosiale former for kommunikasjon (diskurser), eller det kan være noe man inntar. Den ene varianten av «posisjon» gjør narrativ samhandling begrenset og bestemt av pre-eksisterende sosiale former for kommunikasjon. Dette kan kalles master-narrativer eller dominante diskurser. Disse master-narrativene styrer da i stor grad hvordan fortelleren er posisjonert. Den andre varianten av posisjonering konstruerer en forteller som aktivt posisjonerer seg selv. Her er det ikke fortelleren som blir posisjonert av master-narrativer, men heller fortelleren som konstruerer disse master-narrativene. Bamberg beskriver posisjoneringsanalyse som et forsøk på å forene disse to motsetningene, hvor man ser på fortelleren som en som bringer frem en posisjon opp mot master-narrativene, samtidig som master-narrativene ser ut til å posisjonere fortelleren. I narrativ samhandling signaliserer fortelleren sine preferanser i hvordan de beskriver karakterene, de avslører på den måten hvordan de ser verden (Bamberg, 2004).

Bamberg bygger, ifølge Blix, sitt syn på posisjonering delvis på begrepet «subjektposisjoner» fra Foucault, hvor subjektet posisjoneres av diskurser. Delvis bygger han på Davies og Harrè sin forståelse av posisjonering, der begrepet kan beskrive hvordan en deltaker i en samtale bevisst eller ubevisst skaper seg selv og hverandre. Posisjoneringsanalyse tar dette videre

gjennom å utforske hvordan deltakerne posisjonerer seg selv i intervju-settingen og i selve fortellingen, og hvordan fortellingen formes av forskjellige master-narrativer (Blix, 2017). Utdyping av posisjoneringsanalysens tre nivåer og praktisk bruk kommer i metodedelen.

3.3 Begreper rundt mestring

Heggen (2015) beskriver at mestring handler om å ha tilgang til ressurser og å ha evne til å utnytte disse. Ressursene kan for eksempel være ferdigheter, hjelpere eller utstyr. Mestring handler om å klare selv, å takle påkjenninger og stress. Innen helsesektoren er mestring både en målsetning om at brukergrupper skal oppnå bedre resultater, og en prosess fra svak til bedre mestring. Heggen beskriver også hvordan mestring handler om individuelle ressurser, men at evnen til å utnytte ressursene i stor grad ligger i relasjonene man har opparbeid seg. Det kan være relasjoner til pårørende, andre personer, institusjoner, kulturelle forhold, politiske ordninger og fordeling av ressurser i samfunnet. Det handler dermed om makt som den enkelte må få tilgang til for å kunne nyttiggjøre seg av. Dette knytter Heggen opp mot viktigheten av empowerment (myndiggjøring) (Heggen, 2015).

I veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, settes mestring og myndiggjøring i sammenheng. Myndiggjøring skal gi bedre forutsetninger for mestring og begrepene er sammenvevde (Helsedirektoratet, 2018b). Vik beskriver at myndiggjøring dreier seg om å omfordele makt. Makt kan tilsvare mulighet for å påtvinge sin egen vilje på andres adferd. Makt kan imidlertid også være skjult i en usymmetrisk balanse i en samhandling. Det kan være at en part har mer kunnskap enn den andre, eller at en part har større bestemmelsesrett enn den andre, uten at det er snakk om å tvinge viljen sin på andre. Myndiggjøring eller empowerment uttrykker et ideal om hvordan maktfordelingen bør være. Forhold mellom bruker og hjelper/behandler bør i tråd med dette være preget av likeverd og respekt. Målet er å gi mer makt til brukeren, og dermed styrke dennes forutsetninger for å styre livet sitt mot egne mål og behov (Vik, 2015).

4 Metode

I dette kapittelet går jeg kort gjennom studiens kontekst, ettersom den er del av et større forskningsprosjekt. Videre vil jeg beskrive min egen forforståelse, bruk av data fra et annet prosjekt, egne intervjuer av ledere i hjemmetjenesten og hvordan jeg har gjennomført

datainnsamling. Til sist kommer mine etiske overveielser rundt metode, samt en beskrivelse av posisjoneringsanalyse.

Individuell plan er ikke tatt i bruk i den grad som forutsatt i lovverk og forskrift. Både brukere, pårørende og koordinatorene har vært intervjuet om sine erfaringer rundt individuell plan tidligere. Ledere har stor innflytelse på hvordan deres ansatte kan jobbe med individuell plan, og jeg ønsket å utforske deres erfaringer rundt dette. Siden mine forskningsspørsmål dreier seg om disse ledernes erfaringer og holdninger, er en kvalitativ tilnærming naturlig. Kvalitativ tilnærming er egnet for å utforske tema med lite kunnskap rundt, og for å utfordre gjeldende oppfatninger. (Ellingsen & Drageset, 2009). Ifølge Polit og Beck (Polit & Beck, 2020), er det typisk for kvalitative undersøkelser at studiets design utvikler seg undervegs i prosessen. Slik har det også vært for meg. Undervegs har jeg endret fokus fra tanker om tematisk analyse, over til en narrativ tilnærming ut fra det materialet jeg fikk. Jeg fikk tips om posisjoneringsanalyse, og ut fra artikler hvor metoden var brukt, kunne jeg se hvordan dette kunne egne seg for mine data.

4.1 Studiens kontekst

Denne masteroppgaven er tilknyttet Audhild Høyems pågående forskningsprosjekt som heter «Praksis og rammebetingelser for koordinerte og persontilpassede tjenester til personer med langvarige og komplekse tjenestebehov» (UiT Norges arktiske universitet, u.å. a). I første fase av studiet er fokuset erfaringer med kontinuitet, sammenhengende pasientforløp, personsentrert omsorg og tjenestekoordinering. Mitt prosjekt har i stor grad samme fokus, med at det her også sees på erfaringer med tjenestekoordinering. Målgruppen for individuell plan er også personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, hvilket er nesten synonymt med «personer med langvarige og komplekse behov».

Dette prosjektet er igjen en del av en nasjonal studie: «The politics of a changing institutional ecology: coordination and prioritizing healthcare and welfare services in the municipal landscape» (Fagertun, 2018). Den nasjonale studien skal utforske hvordan tjenestesamhandling er politisert, prioritert, modellert og erfart på ulike nivå og av ulike aktører i den norske velferdsstaten. Studien undersøker bredt samfunnsutfordringen om kapasitet i velferdsstaten, og om hvordan vi kan skape bærekraftige offentlige tjenester. Samarbeid i og mellom kommunale sosiale, helse- og omsorgstjenester undersøkes, og sammenhenger mellom styring, politisering og prioritering av tjenester utforskes. Fokus er hvordan sosiale og strukturelle elementer hemmer eller fremmer samarbeid i tjenestene

(Fagertun, 2022). Også dette er en ramme som denne studien passer fint inn i. Som deltaker i dette prosjektet har jeg også fått tilgang til møter og workshops i ulike prosjektgrupper nasjonalt og ved senter for omsorgsforskning/UiT Norges arktiske universitet.

4.2 Egen forforståelse

Et begrep som brukes om troverdighet i kvalitativ forskning er refleksivitet. Refleksivitet handler om at forskeren forstår og viser sin egen forforståelse, personlige perspektiver og hvordan dette kan påvirke forskningsresultatene (Ellingsen & Drageset, 2009). Jeg har derfor gjort meg mange tanker om min egen forforståelse både før, under og etter denne studien. Jeg har bred erfaring med individuell plan, har jobbet som ergoterapeut i kommune, og har selv hatt rollen som koordinator flere ganger. De siste 13 årene har jeg imidlertid vært fjernere fra praksis, først som saksbehandler med ansvar for forvaltning av helse- og omsorgstjenester, og nå som jeg jobber i en kommunal koordinerende enhet. Det meste av erfaring og tanker rundt individuell plan har jeg imidlertid tilegnet meg i stillingen i koordinerende enhet. Der har jeg ansvar for å vurdere behov for individuell plan (etter søknad/henvendelse), utpeke hvilken avdeling som skal ha koordinatoransvaret, samt gi opplæring og starthjelp til koordinatører. Jeg samarbeider mye med avdelingsledere for hjemmetjenesten i tillegg til andre tjenester i forbindelse med dette, og jeg underviser også om individuell plan for å sikre at kompetansen i egen organisasjon er god. Dette innebærer god kjennskap til lovverk og intensjoner bak individuell plan, i tillegg til hvilke utfordringer som kan finnes der ute. Jeg kjenner i tillegg hjemmetjenesten godt ved at jeg både har jobbet i hjemmetjenesten tidligere og ved at jeg har tildelt hjemmetjenester som saksbehandler. Jeg har også mye erfaring med å snakke med mennesker på møter, både fysisk og over nettløsninger som Teams.

Fordelene med min forkunnskap er mange. Jeg kjenner sentrale dokumenter og føringer så godt, at de har vært lett å anvende i arbeidet med denne studien. Jeg har hatt nytte av min kompetanse i studien, og har samtidig nytte av masterprosjektet i min jobb. Forforståelsen har vært en fordel i gjennomgang av tidligere utførte fokusgruppeintervjuer (se kapittel 4.3) til utarbeidelsen av egen intervjuguide, men også for å forstå hva deltakerne snakker om i intervjuene jeg selv har gjennomført. Jeg kjenner ikke bare individuell plan, men også hjemmetjenestenes andre oppgaver ganske godt. I semi-strukturerte intervju er det viktig å kunne følge opp det deltakerne forteller, for å få frem viktige nyanser. Det har vært lettere for meg å fange opp ting av interesse på grunn av min forkunnskap, for eksempel nevnte en leder programmet Sampro, og da visste jeg at det var snakk om nettbasert individuell plan. Erfaring

og kompetanse har også gitt meg trygghet i selve intervjusituasjonen, og dermed frihet til å følge tråder mer refleksivt, heller enn å følge en stram intervjuguide til punkt og prikke.

Ulempen med min forkunnskap har også vært åpenbare fra starten. For det første var det svært viktig for meg å ikke gjennomføre intervjuene i min egen kommune, hvor jeg selv har en nøkkelrolle. Dette for å forhindre sammenblanding av roller og kanskje legge bånd på hva deltakerne ville dele i intervjusituasjonen. Det har vært en risiko for at min intervjuguide skulle farges av mine forutinntatte forventninger om hva jeg skulle finne. Dette har jeg forsøkt å avhjelpe ved å innhente tilbakemelding på intervjuguide fra medstudenter i samling, fra veileder, samt at jeg har gjort et prøveintervju. En annen risiko er at jeg kunne legge egen forforståelse til grunn, heller enn faktiske funn i tolkningen av disse. At tolkningene er sterkt knyttet til funnene har derfor vært viktig for meg. Jeg kommer likevel ikke unna at jeg har gjort tolkninger og valg, og at jeg ikke helt kan skille meg selv og min egen forforståelse fra studiens resultater.

4.3 Bruk av data fra fokusgruppeintervjuer

Som en medarbeider i forskningsprosjektet «Praksis og rammebetingelser for koordinerte og persontilpassede tjenester til personer med langvarige og komplekse tjenestebehov» (UiT Norges arktiske universitet, u.å. a), har jeg fått tilgang til data fra fokusgruppeintervjuer som Audhild Høyem har gjennomført. Prosjektet er ikke publisert enda (pr dags dato), og det er en eksplorativ, kvalitativ intervjustudie. Det er gjennomført fokusgruppeintervjuer av helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester i 4 kommuner i Nord-Norge høsten 2020 og våren 2021. Kommunene har ulik geografisk plassering, størrelse og nærhet til sykehus. Det er innhentet samtykke fra sentrale kommunale ledere til kommunens deltakelse i studien. Det var ønskelig at fokusgruppene skulle være tverrfaglige. Deltakerne skulle ha minst fem års arbeidserfaring fra helse- og omsorgstjeneste, og minst et års erfaring fra den aktuelle kommunen. De skulle også jobbe regelmessig med brukere som har langvarige og sammensatte behov, for å sikre god erfaring med tema. Informantene er hovedsakelig tjenesteytere i hjemmebaserte tjenester, men to jobber på korttidsavdeling. De jobber stort sett med brukere som mottar ordinær hjemmetjeneste, hvor tjenestebehov oftest har hovedgrunnlag i somatiske sykdommer og lidelser. Intervjuguiden til fokusgruppeintervjuene inneholder spørsmål om individuell plan, men også generelle spørsmål om samhandling, handlingsrom for koordinering og annet. Fra jeg ble inkludert i prosjektet, ble det avgjort at jeg skal forfølge det som gjelder individuell plan spesielt. Jeg har derfor gjennomført en enkel

tematisk analyse av disse fokusgruppeintervjuene, som grunnlag for utarbeidelsen av min egen intervjuguide (Vedlegg 1). Temaer som jeg har tatt med videre er forskjellige typer planer og samarbeidsformer som de refererer til, blant annet individuell plan (både praktisk arbeid med dette, samt erfaringer med dette) og til sist begrepet koordinering. I tillegg til tema fra Høyems fokusgruppeintervju, hentet jeg også inspirasjon til intervjuguiden fra forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), spesielt §19 som beskriver innholdet i en individuell plan. Informantene kunne jo ha andre løsninger på samhandling som fyller funksjonen til individuell plan, uten at det heter individuell plan.

4.4 Intervju av ledere

Intervju er den vanligste metoden for å få frem narrativ empiri. Om intervjuene er strukturerte eller åpne kan variere, men hensikten er at deltakeren skal fortelle (Sørly & Blix, 2017). For å belyse hvordan ledere erfarer bruken av individuell plan i hjemmetjenesten, valgte jeg intervju, som ifølge Kvale og Brinkmann er egnet til å gi en dypere forståelse av et fenomen. Når man ønsker å forstå temaer fra dagliglivet ut fra informantenes egne perspektiver, er semi-strukturerte intervju egnet. Dette utføres med en intervjuguide som bestemmer tema og kan inneholde forslag til spørsmål. Intervjuet er fokusert på bestemte temaer, men ikke stramt strukturert med standardspørsmål. Spørsmål er åpne for å få frem det informanten mener er viktig (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg innhentet innspill på intervjuguiden min både fra medstudenter på samling og fra veileder, spesielt med tanke på å sikre åpne og minst mulig forutinntatte spørsmål. Det er kjent at spørsmålsformuleringen påvirker svarene man får. Det er ofte et mål å unngå ledende spørsmål for å hindre at man påvirker deltakerne i en retning man selv har sett for seg på forhånd. Kvale & Brinkmann beskriver imidlertid at ledende spørsmål også kan brukes for lite. Slike spørsmål kan sikre reliabilitet ved at man får bekreftet de tolkningene man gjør av deltakernes svar underveis i intervjusituasjonen. De konkluderer med at det ikke finnes entydige kvalitetskriterier av forskningsintervjuer, men at kvaliteten avhenger av forskerens håndverksmessige dyktighet (Kvale & Brinkmann, 2015).

For å ytterligere sikre at intervjuguiden var anvendelig til mitt formål, valgte jeg å gjennomføre et prøveintervju. Til prøveintervjuet valgte jeg en person som selv er i samme rolle som mine deltakere, en leder for en hjemmetjeneste. Denne personen var kvinne og sykepleier, med over et års erfaring som leder. Intervjuet ble gjennomført over Teams, og med tydelig formål om at jeg skulle prøve ut intervjuguiden og få tilbakemeldinger på denne.

Denne lederen ga konkrete tilbakemeldinger som førte til justeringer av intervjuguiden. Hun tilbakemeldte også at hun opplevde rom for refleksjon og til å gi utdypende svar innenfor temaet som var satt.

4.5 Datainnsamling og transkribering

Det var viktig at jeg fikk snakket med avdelingsledere i kommunal hjemmetjeneste som var godt kjent med lederrollen. Jeg ønsket derfor deltakere som hadde jobbet i helsevesenet i minst fem år, og som hadde vært leder for en hjemmetjeneste i minst ett år. Videre ønsket jeg at de skulle ha, eller ha hatt ansatte med erfaring fra deltakelse i individuell plan eller som koordinator. Gjennom Høyems prosjekt, fikk jeg tilgang til kontaktpersoner i 3 aktuelle kommuner hvor første fase av hennes prosjekt allerede var gjennomført. Kommunene representerer variasjon i geografi, størrelse og nærhet til sykehus. I tillegg var det allerede innhentet samtykke fra øvre ledelse i kommunene til deltakelse. Via disse kontaktpersonene, fikk jeg etter hvert rekruttert tre ledere til mitt prosjekt, som alle fylte vilkårene i utvalget mitt. De fikk tilsendt informasjon om studien i forkant (Vedlegg 2), og har alle samtykket skriftlig til deltakelse.

Intervjuene er gjennomført over Teams (Program for videokonferanse). Dette er gjort av delvis av praktiske årsaker og var også vurdert som egnet for mitt prosjekt. Det praktiske ligger i spart reise og tidsbruk både for meg og for deltakerne, samt at det sikret gode smittevernhensyn i en pågående pandemi. Intervju over Teams var også vurdert som godt egnet fordi lederne var vant til bruk av verktøyet på grunn av utstrakt bruk av Teams gjennom koronapandemien, og fordi temaet for studien ikke var vurdert som spesielt sensitivt. Ledere for hjemmetjenester er heller ikke en spesielt sårbar gruppe med behov for ivaretagelse på det personlige nivå. Enkelte av intervjuene fra Høyems prosjekt var også gjort over Teams, mens andre var gjort ved oppmøte. Når jeg gjorde en tematisk analyse av disse, kunne det se ut som det fremkom mer fyldige forklaringer fra deltakerne over Teams, uten at det er så lett å forklare hvorfor. Det var ingen tegn til at intervju over Teams ga dårligere materiale enn ved fysisk oppmøte.

Denne måten å gjennomføre intervju på (over Teams), eliminerer likevel noen faktorer i intervjusituasjoner med fysisk tilstedeværelse. Deltakerne og jeg hadde mindre tilgang til hverandres kroppsspråk, noe som kan begrense tolkning begge veier. Forskning anslår at rundt 90% av mening er ikke-verbal, og formidles gjennom kroppslige tegn og gester (Kvale & Brinkmann, 2015). Teams gir imidlertid en direktesendt video av både overkropp og

ansiktsuttrykk som bevarer mange viktige aspekter ved ikke-verbal kommunikasjon. Fysisk kontekst for intervjuet påvirker også kunnskapen intervjuet produserer (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å bruke Teams, møtte jeg lederne på deres hjemmebane (eget kontor), samtidig som jeg selv også var på egen hjemmebane (hjemmekontor). Dette kan ha medført en mer komfortabel setting, men kan også ha medført redusert skille mellom intervjusituasjonen og den øvrige arbeidsdagen.

Intervjuene ble gjennomført på mellom 35-55 minutter hver, og ble tatt opp på diktafon. Bruk av opptak, gir mulighet til at intervjueren kan konsentrere seg om emne og dynamikk i intervjusituasjonen. Deretter kan intervjuene transkriberes for å gjøre de egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har selv transkribert intervjuene, og jeg valgte å gjøre dette ordrett og med markering av pauser, understrekninger og følelsesuttrykk som latter etc. Lydbåndene er hørt gjennom flere ganger, og jeg har også under analysen gått tilbake til lydbånd for å sikre min forståelse av mening i det som ble sagt. I denne prosessen opplevde jeg det som en fordel at deltakerne og jeg har noenlunde felles dialekt, slik at nyanser i mening var lettere å fange opp. I transkripsjonsprosessen er også konfidensialiteten viktig. Både opptak og transkripsjon skal lagres trygt og slettes når de ikke lengre skal brukes. Det anbefales allerede på transkripsjonsstadiet å skjule intervjupersonenes identitet i følsomme tilfeller (Kvale & Brinkmann, 2015). Selv om denne studien ikke kan karakteriseres som et følsomt tilfelle, har jeg likevel anonymisert data allerede i transkripsjonen. Navn er endret, steder og institusjoner er også anonymisert.

Transkripsjon kan, ifølge Kvale og Brinkmann, også innebære etiske spørsmål. Enkelte intervjupersoner kan bli sjokkert av å lese sine egne intervjuer, fordi det ordrette muntlige språket kan fremstå som usammenhengende og forvirret tale. De mener at det kan være hensiktsmessig å gjengi uttalelser mer sammenhengende dersom intervjupersonene skal lese dette (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har også valgt å tilpasse utdragene fra de transkriberte intervjuene noe med tanke på både deltakerne og andre lesere. Det har vært veldig viktig for meg at ingen mening skal gå tapt, og jeg har vært konservativ i tilpasningene. Jeg har for eksempel fjernet samme ord når det er sagt flere ganger på rad («Vi har pasienter som er barn, og vi...vi har gamle folk» ble til «Vi har pasienter som er barn, og vi har gamle folk»).

4.6 Posisjoneringsanalyse

Jeg startet analysen med å lese gjennom intervjuene flere ganger for å gjøre meg kjent med materialet. Som forberedelse på å gjøre posisjoneringsanalyse, gjorde jeg først en tematisk

koding i Nvivo (Program for koding og analyse av kvalitative data). Jeg tok utgangspunkt i posisjoneringsanalysens tre nivåer (Bamberg, 2004) for å lage kategorier, men valgte derfra å lage koder ut fra potensielle tema, som jeg deretter sorterte ut fra hvilket nivå de hørte til. Jeg gjorde meg da noen erfaringer som medførte at jeg valgte å gjøre analysen på nytt, på lignende måte men da med enda mer datanære koder (Vedlegg 3).

Med utgangspunkt i narrativ posisjonering, blir det mulig å få øye på hvordan informantene ser verden, ut fra hvordan de tegner karakterene i fortellingen, og relaterer dem til hverandre i tid og sted. Bamberg beskriver at denne posisjoneringen foregår på tre nivåer, og på hvert nivå har han formulert spørsmål som gir retning for analysen (Bamberg, 2004). Blix og Sørly beskriver disse tre nivåene grundig i sin bok om fortelling og forskning.

- På nivå 1 fokuserer analysen på hva fortellingen handler om, og hvordan informanten skaper karakterene i den. Spørsmålet er «hvordan er karakterene i fortellingen posisjonert i forhold til hverandre?».
- På nivå 2, er det interaksjonen mellom forteller og forsker som er gjenstand for analyse. Hvorfor blir fortellingen fortalt på denne måten, på dette tidspunkt. Spørsmålet er «Hvordan posisjonerer fortelleren seg i forhold til sitt publikum?».
- På nivå 3 er man interessert i sosiale og kulturelle prosesser, eller videre diskurser utenfor selve samtalen. Spørsmålet er «hvordan posisjonerer fortelleren seg i forhold til seg selv?» (Sørly & Blix, 2017).

Bruk av posisjoneringsanalyse ga meg retning i hva jeg skulle se etter i datamaterialet, og bidro til en løsrivelse fra egen forforståelse.

4.7 Etiske overveielser

Gjennom intervjuer av fagfolk, genereres personopplysninger slik at personvern må ivaretas. Prosjektet jeg er tilknyttet, hadde allerede gjennomført forskningsetiske overveielser og var godkjent i Norsk senter for forskningsdata (NSD). Vi sendte endringsmelding til NSD i april 2021, og mitt prosjekt ble da godkjent innlemmet i dette, og er derfor omfattet av denne godkjenningen (Vedlegg 4). Det er også gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse for prosjektet, som ble levert til studieleder ved UiT Norges arktiske universitet. Prosjektet er ikke pliktig å legges frem for regional etisk komite, fordi det ikke faller under helseforskningsloven. Dette begrunnes med at det ikke skal forskes på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger (Helseforskningsloven, 2008).

Kvale og Brinkmann trekker frem fire områder som bør diskuteres når man gjør forskningsetiske overveielser: informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, 2015). Informantene er informert om formålet med undersøkelsen,

hovedtrekk i prosjektet, at det er en del av et større prosjekt, og hvilke eventuelle risikoer og fordeler det kan innebære for dem. Informasjonen er gitt skriftlig, og også i korte trekk muntlig ved oppstart av intervju. De har alle signert skriftlig samtykke, og er også informert skriftlig og i oppstart av intervju om muligheten til å trekke seg når som helst. Informert samtykke sikrer prinsippet om individuell autonomi og også prinsippet om å gjøre godt (Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag (NEM), 2019). Deltakerne i denne studien er ansatte i en kommune, og hører ikke til en sårbar gruppe som ville krevd større forsiktighet rundt samtykke.

Konfidensialitet viser til hvordan data fra intervjuene blir handtert. Intervjuene er tatt opp med diktafon, og er lagret på sikker universitetsserver med to-fase-innlogging. Det er bare jeg som har hatt tilgang til lydopptak, og disse skal slettes så snart det ikke er behov for dem mer. Lydfilene er transkribert, og navn og steder er anonymisert allerede der med fiktive navn og generelle omtaler som (stedsnavn) istedenfor faktisk stedsnavn. Konkrete årstall på fullført utdanning er også endret eller gjort mer generell. Ingen av informantene oppga identifiserende informasjon om tredjepart, men alle tredjepersoner er likevel omtalt med kjønnsnøytrale hen i transkripsjonene. Vurderingen rundt min egen rolle som forsker er gjort i kapittel 4.2.

5 Resultat

Alle tre intervju ga fyldige beskrivelser av ledernes erfaringer rundt individuell plan. Alle tre deltakere var kvinner, noe som gjenspeiler at det er en stor andel kvinner både i hjemmetjenestene generelt, og blant ledere i helse- og omsorgstjenestene (Busch & Amundsen, 2021; Statistisk sentralbyrå, 2022). Deltakerne var alle mellom 45 og 60 år, de hadde relativt lang erfaring fra helse og omsorgstjenesten, og alle tre var sykepleiere. Det fremkommer mye som er felles for disse hjemmetjenestene i mine data. Hjemmetjenestene har svært få brukere som har individuell plan, bare en eller to på avdelinger med over hundre brukere. Sett i forhold til mengden brukere med flere langvarige tjenester burde det vært flere, men dette er også i tråd med statistikken som viser at ordningen i liten grad brukes (Helsedirektoratet, 2022). Informantene ga uttrykk for at de nok visste mindre om individuell plan enn meg, ettersom jeg som student hadde satt meg inn i tema. Jeg presenterte meg imidlertid som student, og har ikke fortalt at jeg jobber med individuell plan fra en koordinerende enhet til daglig.

5.1 Presentasjon av intervjuer

Jeg har valgt å presentere intervjuene hver for seg, slik at jeg kan gjøre en meningsfull posisjoneringsanalyse av dem. Navn og steder er anonymisert.

5.1.1 Anne

Anne har vært avdelingsleder i flere år, og har bred erfaring fra helse- og omsorgstjenesten. Hun har tidligere hatt arbeidsoppgaver som gjør at hun kjenner ordningen med individuell plan relativt godt. Anne har ansvar for rundt 40 ansatte (heltids- og deltidsansatte), og beskriver lederrollen sin som hovedsakelig administrativ. Avdelingen har for tiden bare en bruker med individuell plan, og det er andre tjenesteytere som har koordinatorrollen. De har heller ikke hatt særlig med individuelle planer tilbake i tid. Avdelingen har en variert brukergruppe og Anne beskriver en stor variasjon i arbeidsoppgavene de ivaretar.

Vi har pasienter som er barn, og vi har gamle folk, det sprer seg over et stort felt. Vi driver avansert sykehusbehandling hjemme, og vi driver med det de gjør på sykehjem i form av morgenstell og sånt.

Brukerne har hovedsakelig fysiske sykdommer og lidelser. Det er en egen psykiatritjeneste og også en egen tjeneste for utviklingshemmede. Hjemmetjenesteavdelingen har mange samarbeidspartnere for de brukerne som har sammensatte behov. Hun beskriver i løpet av intervjuet, samarbeid med både leger, spesialisthelsetjeneste, ergoterapeut, fysioterapeut og kreftkoordinator. Anne beskriver også at hjemmetjenesten koordinerer mye for sine brukere.

Det er litt sånn at det er opp til oss om vi tar kontakt med for eksempel ergoterapeut eller fysioterapeut. Det er opp til oss å organisere dette arbeidet. Det er jo det mye av arbeidet til hjemmetjenesten er, det er jo egentlig å koordinere tjenester. Og de [ansatte] er jo rå gode på koordinering!

Selv om Anne beskriver sine ansatte som gode på koordinering, forteller hun at de likevel helst ikke vil være koordinator for individuell plan.

Når du kommer og sier at nå skal du være koordinator på den planen, så vil de ikke, fordi det er så mye arbeid. Og jeg skjønner jo på en måte de sykepleierne i min avdeling som har ti tusen oppgaver fra før av, og så skal de ha den og. Selv om det egentlig er det samme de gjør når de organiserer et ansvarsgruppemøte, men da er du liksom ikke koordinator på noe.

Her beskriver Anne mange arbeidsoppgaver som mulig hinder for at hennes ansatte skal være positive til å ta en koordinatorrolle. Senere kommer hun også inn på kompetanse som mulig forbedringspunkt.

Det er kanskje også en utfordring at de kanskje ikke vet hva det er for noe, at de ikke har nok kompetanse på det. Og da vegrer man seg for å gjøre ting som man tror man ikke forstår.

Hun knytter også sin egen lederrolle opp mot dette, og beskriver mulige tiltak for forbedring.

Jeg tenker at det er jo også mitt ansvar at mine folk vet noe om IP og at de kan risikere å bli satt som koordinator. Så er det noe med kompetanseheving, at de [ansatte] føler seg trygg på hva det går ut på og at den jobben kommer de til å håndtere. Opplæring skulle vært satt i system, kanskje skulle vi hatt en faggruppe i hver avdeling, et par stykker som er gode på det, som kan være ressurspersoner for de andre. Det trenger ikke være så avansert.

Anne forteller også at de ansatte har mye autonomi i sin arbeidshverdag, de justerer tiltak hos brukerne etter behov.

De som jobber ute, de skriver jo tiltak og mål og alt det her for brukerne. De som de går hos. Det kan jo forandre seg fra uke til uke hva behovet er. Det justerer de underveis. Alt ettersom det de ser behov for.

Avgjørelser i avdelingen tas ofte i fellesskap.

Det er litt sånn oppe til diskusjon i avdelingen og teamet. Hva gjør vi med den her saken? Nå begynner det å bli litt sånn og sånn. Så diskuterer man det i lag; hva kan vi gjøre?

I avdelingen bruker de sjelden individuell plan, men de har tiltaksplaner som beskriver hva som skal gjøres hos den enkelte bruker. Disse planene er detaljerte, men beskriver sjelden mål. Bruker er også lite involvert i disse planene.

Noen ganger så kan det være mål. Men det er jo veldig sjelden at bruker er inkludert.

Selv om bruker er lite involvert, tas det hensyn til brukernes ønsker. Anne beskriver samtidig at de jobber mot mer nasjonale idealer som mål om mestring og at folk skal kunne bo i egne hjem, men beskriver også dette som noe brukerne ønsker selv.

Men de blir jo kartlagt og da får de jo si noe om hva de føler de har behov for hjelp til. Da blir man enig i lag om hva vi gjør, hva vi bidrar med og hva de skal gjøre selv. Vi prøver i alle fall å jobbe mot at det du mestrer sjøl, det skal du gjøre sjøl. Det er veldig viktig, og det også i forhold til at de skal kunne bo lengst mulig hjemme. For det er jo det som stort sett er målet til de aller fleste, at de vil ikke på sykehjem.

Til tross for lite bruk av individuell plan i avdelingen, er Anne tydelig på at hun tror det er bra for brukere å få dette. Hun beskriver hvordan det skaper med orden i samhandlingen rundt bruker.

Jeg tror det har kjempestor betydning for pasientene å ha den individuelle planen, for da samler du alle disse enhetene og avdelingene som er involvert i livet ditt. Og så vet du at du kan kontakte koordinatoren din, og du må ikke sitte i telefonen først til ergoterapeuten, så til sykepleieren og så kanskje til logoped. Du har en koordinator som tar kontakt og organiserer videre.

Anne beskriver også individuell plan som noe som gjør brukerne mer aktive og deltakende.

Også det med å holde litt eierskap til målet for dem selv, sin egen plan, at det er de som styrer. At man [bruker] kanskje blir mer deltakende også? Mer engasjert i eget liv. For mange er passive mottakere av den hjelpa de får. En individuell plan krever at du blir litt mer aktiv deltaker i livet ditt.

Det beskrives også som at individuell plan kunne gjort de ansattes arbeid lettere.

Jeg tror det hadde lettet arbeidet rundt bruker, og det hadde ikke blitt sånn: «oi nå har det skjedd noe her og da må vi ha møte igjen». Man kunne fanget opp ting før det skjer.

Til tross for dette, sier Anne at de i liten grad informerer brukere om muligheten til å få individuell plan.

I: Hvis det er noen av deres brukere som har behov for individuell plan, hvem er det da som oppdager behovet?

A: Jeg vet ikke om det...jeg vet faktisk ikke om det blir oppdaga. Det er jo det som er kjempesynd. Det er nok ikke godt nok implementert i vår tjeneste, det her med å informere om at brukerne kan få det [IP]. Det jeg tror er grunnen til at ingen informerer om det, [er] at det å være koordinator for den individuelle planen vil føles som en så voldsom oppgave. Jeg lurer på om det kan ha noe med saken å gjøre. At vi ikke tenker over at vi kan informere brukerne om at de som har flere tjenester inne i bildet, kan søke om å få det [IP].

Anne ønsker mer informasjon og kompetanseheving om individuell plan, særlig fra koordinerende enhet.

Den koordinerende enheten har ansvar for den individuelle planen, så vi skulle jo gjerne fått dem på banen, fått litt informasjon ut i avdelingen om hva de kan gjøre. Jeg vet ikke hvor mye de informerer rundt til de andre avdelingene, men vi har ikke hørt noen ting på kanskje et år eller to. Jeg tenker at det burde de ha vært flinkere på, å informere om at det her har vi faktisk plikt til å informere brukerne våre om.

5.1.2 Berit

Berit har vært leder i helse- og omsorgstjeneste i nesten 20 år, hvorav de siste årene på aktuell hjemmetjenesteavdeling. Hun har også noe erfaring fra andre deler av helsetjenesten fra tidligere. Før intervjuet startet, fortalte hun at hun ikke var særlig god på individuell plan, da de bare har en bruker som har det. Akkurat det skiller seg jo ikke ut fra de andre deltakerne, så jeg forsikret om at det ikke gjør hennes fortelling mindre viktig. Det viser seg at Berits avdeling faktisk har to brukere med individuelle planer hvor avdelingen hennes også har koordinatoransvaret. Først mener Berit at disse ikke har en skriftlig individuell plan, men det viser seg etter hvert at de har dette i Sampro (nettbasert plan), der bare koordinator og deltakere i ansvarsgruppa har tilgang. Dette betyr at Berit faktisk har mest pågående arbeid med individuell plan å vise til i denne studien. Berits hjemmetjenesteavdeling gir tjenester til hjemmeboende både i privat bolig og omsorgsbolig. De har brukere i alle aldre, hovedsakelig med fysiske sykdommer og lidelser. Hjelpet behovet strekker seg fra behov for tilrettelegging, til fullt bistandsbehov. Kommunen har egne tjenester til utviklingshemmede og innen

psykiatri, men det er en god del brukere som har tjenester fra flere samtidig. Berit beskriver at stillingen hennes har blitt mer og mer administrativ.

Stillingen min har gått fra å være en del ute hos brukerne i form av kartleggingsbesøk, for å skrive saksutredninger som grunnlag for vedtakene. Men det har blitt overført mer og mer til sykepleierne, slik at min jobb nå er veldig mye administrativ. Og så har jeg selvfølgelig personalansvar og sykefraværsoppfølginger og sånne ting. Men jeg er ikke mye ute hos brukerne. Jeg har jo ikke tid til å være sammen med dem.

Det kommer også frem at Berits ansatte har fått delegert arbeid med kartlegging og å skrive saksutredninger og vedtak på tjenestene de gir. Sammen med samarbeidende parter, er de aktive i å sette mål for arbeidet de gjør.

B: Vi har jo et mål med alt vi gjør.

I: Hvem er det som er med på å beslutte hva som er målene, og prioritere hva som er viktigst å jobbe med?

B: Det er alle de samarbeidende partene som er inne i bildet. Det er legen i forhold til det medisinske, sykepleier i forhold til sykepleie, ergo[terapeut] i forhold til hjelpemidler og tilpasning av de, og så er det for eksempel fysio[terapeut] som setter standarden for hva vi skal jobbe med for å unngå forverring av tilstanden.

Hjemmetjenesteavdelingen bruker tiltaksplaner i det daglige. Disse beskriver hvordan jobben skal gjøres hos hver enkelt bruker. Rollen til bruker og/eller pårørende i arbeidet med disse tiltaksplanene består mest i at de uttrykker hva som er viktig for bruker, og hjemmetjenesten forsøker å imøtekomme dette innenfor det spillerommet de har. Berit beskriver en situasjon hvor bruker ikke er samtykkekompetent, og pårørende snakker for bruker.

B: Bruker er jo hovedfokus. Når bruker ikke selv kan snakke, så må pårørende og verge snakke for bruker. Da må vi imøtekomme det så langt det er hensiktsmessig i forhold til helsehjelpen som skal gis. Fordi det er jo faktisk sånn, at når man er utdannet helsepersonell og kjenner bruker, så vet vi også hva som fungerer og ikke fungerer. Kanskje vi av og til vet mer enn pårørende og verge. De kjenner bruker godt, men er ikke der 24 timer i døgnet som vi er. Men de snakker for

bruker, og vi møter dem på det vi kan. Fokuset er: Hva er best for brukeren. Det fokuset har jo alle, pårørende og hjelperne.

I: Hva om det er brukere som er samtykkekompetent, og kan snakke for seg selv. Har de da noen innvirkning på hva som står i tiltaksplanene?

B: Ja det har de. Det som er viktig for dem skal stå i de tiltaksplanene, ikke det som er viktig for oss. Men det må jo også...altså vi møter dem på det som er viktig for dem, og så prøver vi å tilpasse oss det. Så må man jo tilpasse den helsehjelpa slik at det er forsvarlig og hensiktsmessig det vi gjør hos bruker.

Berit beskriver nærmere fokuset på hva som er viktig for bruker.

Det skal vi spørre om, og det har vi heldigvis fått inn i rutinene. Vi har noe som heter «hva er viktig for deg dagen» som er i juni. Det er for at vi skal huske det fokuset vi skal ha, og det er brukerne. Vi er på jobb for dem og vi skal tilpasse oss deres behov. Det er ikke de som skal tilpasse seg tjenesten de får. Det er jo deres behov som skal gå foran.

Når det gjelder individuell plan, har de bare en bruker som har det på intervjuetidspunktet. Det er en ansatt i Berits tjeneste som har koordinatorrollen for den brukeren. Det er imidlertid ikke automatikk i at individuell plan vurderes for brukere.

I: Hvem er det som oppdager det hvis en bruker har behov for individuell plan?

B: Jeg tror faktisk at det er mest pårørende som søker. Hvis de vet om at de har krav på individuell plan når de har flere tjenester. Hvis jeg går hjem og kartlegger noen og det er behov flere tjenester, så er det ikke det første jeg tenker på, at da må vi opprette en individuell plan. Og jeg tror ikke det er mange som gjør det heller, men jeg kan jo selvfølgelig ikke snakke for alle. De søker helst om koordinator på egenhånd, enten pårørende eller bruker.

Det er kommunens koordinerende enhet som vurderer søknader om individuell plan. Deretter kommer forespørsel til aktuell avdeling om å ta koordinatorrollen. Berit har opplevd utfordringer med å få ansatte til å ta på seg rollen.

Det er ikke lett å få inn koordinatorene. Det er liksom ikke det første man rekker opp hånda for å ta. Det er ikke uvilje, men jeg tror folk tenker at det er ekstra mye arbeid. For det er jo litt merarbeid i forhold til det man allerede har.

Senere utdyper Berit dette enda mer

Det er jo også tidligere erfaringer som gjør at vi sliter med det hos oss da. Det handler egentlig om utfordrende pårørende som man vet krever litt ekstra. Da blir det merarbeid, og da er det tøft når du allerede føler at du har en arbeidshverdag som er hektisk nok. Jeg vet at koordinatorene har trukket seg på grunn av samarbeid med pårørende. Ellers så tror jeg egentlig man bare må ha litt overskudd og oversikt, og noen [ansatte] er kanskje litt redd for ekstra ansvar, mens andre igjen gjerne hopper på.

Berit hjelper også koordinatoren med deler av rollen etter behov, både innkalling og møteledelse.

Vi har en dialog vi to. Først går vi til legen for å finne alternative datoer for ansvarsgruppemøte, for det er vanskelig å få timer hos legen. Så er det koordinatoren som skriver brev i samarbeid med meg som leder, vi skriver under begge to, og så går det ut invitasjon til alle partene. Og så bistår jeg jo der jeg kan. Som i disse ansvarsgruppemøtene, så hjelper jeg koordinatoren å styre ordet, fordi koordinatoren er ny. Så jeg hjelper til å lede møtet.

Berit beskriver at ansvaret for å vurdere søknader om IP, sette planer i gang og bestemme bruken av IP i kommunen ligger hos koordinerende enhet.

De [bruker eller pårørende] må skrive en henvendelse til koordinerende enhet, som ser på behovet, skriver saksutredningen og fatter vedtak. Så det er der det ligger. Vi gjør ikke noe med de tingene. Annet enn at vi skal jo selvfølgelig kunne opplyse brukeren om at de har rett til individuell plan. Koordinerende enhet sitter på det overordnede blikket.

Opplæring og handlingsrom til koordinatoren oppgis også som forbedringsrom.

Opplæringen til koordinatoren er veldig ad hoc. Egentlig har vi ikke tid til det, men vi gjør det i full fart. Vi mangler litt ressurser og kan ikke fristille koordinatoren

hele tiden når vi kanskje burde gjort det. Jeg tror også det kunne lykkes bedre med å ha litt bedre opplæring, og for flere enn den ene koordinatoren. Det har egentlig gått litt opp for meg at jeg ikke helt har oversikten i forhold til individuell plan. Jeg vet at brukerne våre får gode tjenester og at vi har godt samarbeid med alle parter. Men det gikk et lys opp for meg nå, jeg burde jo kanskje også få mer opplæring.

Også Berit tror at individuell plan er bra for brukerne.

Det blir jo bedre ansvarsfordeling. Det blir på en måte satt i system og kanskje mer oversiktlig for brukeren, at de vet hva de har krav på, og hva som er målene. Jeg vil tro at det er veldig nyttig for bruker å få en individuell plan. For de som har krav på det og som er i stand til å si noe selv om sine egne behov.

5.1.3 Carin

Når Carin fikk forespørsel om å være deltaker i mitt prosjekt, mente hun at hun ikke hadde noe å bidra med, fordi hun ikke kjente så godt til individuell plan. Jeg forklarte at jeg på ingen måte var interessert i å sjekke ut hvem som kan hva i forhold til individuell plan, og at det tvert imot er av stor interesse å snakke med praksisfeltet som det faktisk er. I løpet av intervjuet kom det frem at de har en bruker som har individuell plan, men det er en annen tjenesteyter som har koordinatorsvaret. Carin har både utdanning som hjelpepleier og sykepleier. Hun har jobbet på samme hjemmetjenesteavdeling i over 20 år, de fleste av årene som leder. Carin beskriver jobben sin som administrativ, selv om hun noen ganger hjelper litt til med praktiske oppgaver rundt brukerne. De har aller flest eldre brukere, og mange med kognitive utfordringer. Kommunen har en egen psykiatritjeneste, men det er store overlapp mellom psykiatritjenesten og hjemmetjenesten som krever samarbeid. Carin beskriver en hjemmetjeneste hvor de ansatte trives.

C: Vi er en stabil gruppe [ansatte]. Det er veldig lite gjennomtrekk. Mange vil jobbe her. Vi har også stabile vikarer.

I: Kanskje det er en bra arbeidsplass dere har?

C: Det heter seg jo at det er høyt under taket. Sånn har det alltid vært, i alle fall langt tilbake, før min tid.

Det er stort behov for samarbeid med andre tjenester, og det beskrives tett samarbeid med både sykehjem, lege, psykiatritjeneste og fysioterapeut. Carin samarbeider også tett med saksbehandler i vurdering av nye søknader og evaluering av tjenester. Det kommer frem under intervjuet, at hvor tjenesteyterne er plassert fysisk, påvirker samarbeidet.

Vi har en ergoterapeut, men hen stasjoneres ikke her på huset. Det hender jo at vi sender mail til ergoterapeuten, men vi samarbeider mest med det vi har i lokalitetene våre. Vi er i samme bygg som sykehjem, legekontor og fysioterapeut. Det er lett med dem, for vi kan gå til kontoret deres og bare ta opp et tema.

Hjemmetjenesten har også hatt mange forskjellige samarbeidspunkter i hverdagen

Før hadde vi faste møter, blant annet med psykiatrien, for å diskutere felles saker. Men det har nå sklidd ut, vi har ikke de møtene lengre. Men vi har tverrfaglig møte hver fjortende dag mellom korttidsavdelingen og avdelingslederne i hjemmetjenestene, hvor man diskuterer i forhold til hvem som trenger sykehjem. Og hvis noen har behov for fysioterapeut, så henviser vi, eller legen kan også henvise. Fysioterapeut pleier også å ta kontakt med oss angående brukere som har vært der, og har fått et treningsopplegg. Da har vi også fått spørsmål om vi kan være behjelpelig med å sette de [brukerne] litt i gang med trening. Også saksbehandler samarbeider jeg veldig mye med, og hen tar også kontakt med psykiatrien hvis vi ser utfordringer. Jeg føler at vi har et ganske godt samarbeid.

Det kan være litt vanskelig å skille mellom hva Carin eller de ansatte gjør av koordinering og samarbeid. Hun bruker nesten konsekvent «vi» om oppgaver som gjøres, på linje med de andre deltakerne i denne studien.

Som sagt, vi prøver i alle fall å ta kontakt med de som vi ser at vi må ta kontakt med. Vi sitter ikke der og lurere på hva vi skal gjøre og hvordan vi skal hjelpe. Vi prøver å ta kontakt med den enheten som vi ser at må til, hvem det enn måtte være.

Senere beskriver Carin mer tydelig sin egen rolle.

C: Først og fremst så føler jeg meg jo som en koordinator. Altså jeg koordinerer jo mine ansatte, og i forhold til samarbeid med de andre enhetene, eller de andre som er inne.

I: For den enkelte bruker også?

C: Ja, hvem som skal ha hjelp og hvor mye hjelp. Jeg koordinerer jo, for jeg bestemmer jo hvem som skal gjøre hva. Altså jeg delegerer jo litt, men for meg blir det koordinering.

Carin beskriver egen tjeneste som refleksiv og relativt autonom. De tilpasser tjenestene til brukerne, og hjelper også brukerne å søke om tjenester.

Vi har jo mange eldre og som sagt veldig mange som er kognitivt redusert. Vi hjelper dem så godt vi kan for å holde hjulene i gang og gi dem en så bra dag som vi kan. Der vi er nødt til å sette inn tiltak uten vedtak, så gjør vi det, før vi får hjulpet dem å søke.

Brukerne har en relativt passiv rolle i utformingen av tjenestetilbud, og det kommer også frem at det er ønskelig med større fokus på mestring, samtidig som det er utfordringer rundt dette.

I: Hvilken rolle har brukerne når dere setter opp tiltak som skal være?

C: Når vi har fått en søknad fra bruker, gjøres det et hjemmebesøk med en kartlegging av hva de trenger hjelp til. Vi er nok dårlige på å fokusere på hva de kan gjøre selv da. Vi fokuserer mest på hva de trenger hjelp til. Vi hadde et prøveprosjekt i forhold til hverdagsrehabilitering, men kommunen tok det aldri i bruk. Det er en fin måte å tenke på, men det skal jo tid til. Jeg prøver å sette bremsen på, men brukerne søker om en tjeneste og vi gir hjelp ut fra et vedtak. Så opplever jeg at vi i hjemmetjenesten har lyst til å redde alle, hele verden. For vi skal jo hjelpe. Så dette med å tenke at «altså det der kan Per gjøre selv», det er ikke så enkelt.

I forbindelse med at brukerne har kortere opphold på sykehjem, uttrykker Carin også et ønske om mer mestringsfokus.

C: For oss er det jo viktig at de får gjøre mest mulig selv når de er der inne, og at de får trene på å gå istedenfor å sitte i en rullestol. Det tror jeg ikke alltid er fokus, men jeg vet ikke hva man skal gjøre med det.

I: Tenker du at de skulle hatt en plan fra starten på hva de skal klare hjemme?

C: Kanskje sykehjemmet skulle være litt mer obs på sånne ting. Men det er klart, det er mange forskjellige pleiere. De gjør sikkert så godt de kan. Men kanskje de skulle reflektere litt over at denne personen skal hjem igjen, for det er jo mange på sykehjemmet som får langtidsplass, som ikke kommer ut igjen.

Carin snakker også om føringen om at folk skal kunne bo lengst mulig i eget hjem.

Så har vi ikke nattjeneste. Hvis brukerne trenger hjelp på natt, da bør de kanskje søke seg til en omsorgsbolig, eller så blir det inn på sykehjem. Vi har hatt folk som har vært inne på sykehjem over lengre tid, og som søker seg ut i omsorgsbolig. Vi ser at de er for friske til å være sykehjemspasienter, men det er for lite omsorgsboliger rett og slett.

Det er ingen av Carins ansatte som har en koordinatorrolle, og hun kan heller ikke komme på at de har hatt det tidligere. Den eneste erfaringen i praksis med individuell plan kommer fra at hjemmetjenesten er deltaker i en individuell plan, som en annen enhet har koordinatoransvar for.

C: Det er en sykepleier fra meg som har pleid å være med på ansvarsgruppemøter, kanskje et par ganger i året. Men vi har ikke møtt alle gangene, det må jeg innrømme. Og jeg hører at hun sier, når hun har vært på de møtene, at det er det samme om igjen. Så jeg vet egentlig ikke hva som kommer ut av det.

Carin er ikke sikker på at det er så stort behov for individuell plan til deres brukere.

C: Vi har vært inne på tanken, jeg og saksbehandler, på om enkelte brukere skulle hatt individuell plan. Vi tenker tanken. Men så er det liksom, hvor mange tjenester skal til? Og det er en utfordring å få folk til å møte, at det skal klaffe for alle, spesielt legene kanskje. Vi har i hvert fall ikke jobbet så hardt for dette med individuell plan.

I: Er dere usikker på om dere har behov for det?

C: Ja. Så det blir jo kanskje mest når det er sykehuset, eller noen andre enheter som setter i gang at vi får det.

I: tror du det har betydning for deres brukere, om de har individuell plan eller ikke?

C: Jeg vet ikke hva som ville blitt så mye bedre. Jeg vet ikke. Jeg har ikke noe svar fordi jeg har så lite erfaring med det. Vi har veldig mange [brukere] som er kognitivt redusert, og vi hjelper dem så godt vi kan. Men det er klart, hvis brukeren har rehabiliteringspotensiale, så vil det jo kunne være viktig at de har mål. Men for mange av våre brukere, så er målet å ha en ok hverdag.

Senere i intervjuet beskriver Carin at IP teoretisk sett kanskje kunne bidratt med noe positivt for tjenesten.

De ansatte ville kanskje bli litt mer involvert hvis de fikk IP til sine brukere. Vi har primærsykepleiere. De ville kanskje sikkert bli litt mer bevisst på hva vi hjelper dem med, det kan godt hende. Jeg tror at jeg kommer til å løfte det her litt i forhold til saksbehandler. Fordi du tar dette opp, så tror jeg at jeg kommer til å ha det mer oppe. Kanskje jeg kan høre med saksbehandler om vi kan snakke litt om det. Vil det være aktuelt med individuell plan her? For som sagt, når det ikke er noen som pusher oss, så har vi ikke gjort noe med det.

5.2 Posisjoneringsanalyse

I tråd med Bambergs posisjoneringsanalyse (Bamberg, 2004) starter vi med å se på funnene ut fra de tre nivåene som beskrevet i tidligere kapittel. Nivå en betegnes som fortellingens hva, nivå to som fortellingens hvordan, mens nivå 3 dreier seg om posisjonering i forhold til kulturelle og sosiale master-narrativer.

5.2.1 Fortellingens hva

De tre informantene posisjonerer seg selv og andre aktører på forskjellige måter i sine intervjuer. Anne posisjonerer både seg selv og sine ansatte som aktive aktører i sin arbeidshverdag. De koordinerer mye for sine brukere og løser vanskelige oppgaver. Det er også de ansatte som lager både mål og tiltak for sine brukere. Samtidig beskriver Anne også ansatte som ikke ønsker rollen som IP-koordinator, noe som ser ut til å være i kontrast med det ansvaret de ellers tar på seg. Dette forklares både med tidspress, og med behov for økt kompetanse. Det er likevel klart at Anne ser seg selv og sine ansatte som aktører med stor

autonomi i arbeidshverdagen. Hun beskriver videre seg selv som en leder som tar avgjørelser sammen med sine ansatte, heller enn at hun tar avgjørelser alene. Dette understrekes også av den utstrakte bruken av «vi» gjennom intervjuet, som gjør det vanskelig å avgjøre om det er Anne, de ansatte eller alle i samarbeid som utfører oppgavene eller tar avgjørelsene det er snakk om. Anne beskriver seg selv som godt kjent med individuell plan, noe hun også viser gjennom intervjuet, for eksempel når hun sier at de har plikt til å informere brukerne om individuell plan. Brukerne får imidlertid som hovedsak rollen som passive mottakere av hjelp, som får medvirke i den forstand at deres ønsker blir hensyntatt når de ansatte skal bestemme tilbudet. Dette vises både i beskrivelsen av styringen som de ansatte gjør, og direkte («mange er passive mottakere av den hjelpa de får»). Brukerne har ingen aktiv rolle i å sette mål for tjenestene de mottar. De aktive og profesjonelle ansatte er ekspertene som lager planene og utfører tjenestene. Som en kontrast til dette, får vi en helt annet beskrivelse av brukerne når Anne beskriver deres rolle i en individuell plan. Da beskriver hun at brukerne kan få mer eierskap til planen og målene sine, at de blir mer engasjerte og aktive. Anne sier at mye ansvar for individuell plan ligger på koordinerende enhet, og samtidig sier hun at hun og hennes ansatte har ansvar for å informere brukere om ordningen. Hun beskriver også hvordan de kunne jobbet bedre med ordningen i egen avdeling.

Berit uttrykker i større grad at hun selv og hennes avdeling ikke er gode på individuell plan. Hun er også den informanten som er mest opptatt av at både hun selv og de ansatte trenger mer kompetanse på ordningen. Samtidig viser også Berit at hun kan en god del om individuell plan likevel. Hun forteller for eksempel både at det må flere tjenester til for å oppfylle retten, og at hjemmetjenesten har plikt til å informere sine brukere om ordningen. Videre hjelper hun sin ansatte i koordinatorrollen, både ved å kalle inn til møter og lede dem. Berit legger også mye ansvar for individuell plan, og bruken av det på koordinerende enhet. Også Berit beskriver sine ansatte som aktive og dyktige fagfolk som er veldig gode på koordinering og samarbeid, og som gir gode tjenester. De ansatte har i tillegg fått delegert ansvar for kartlegging til vedtak, og de styrer i stor grad mål og tiltak i samarbeid med andre tjenesteytere som også selv definerer formål med eget arbeid. Berit bruker også «vi» gjennomgående, slik at det er litt vanskelig å skille mellom om det er hun eller de ansatte det er snakk om. Berit ser ut til å være en leder som deler makt, og gir tillit til sine ansattes faglige vurderinger. Også i dette intervjuet finner jeg en kontrast mellom ansatte som er gode på koordinering, men som ikke vil være IP-koordinator. Her forklares dette med at det har vært opplevelser med «vanskelige» pårørende, i tillegg til at det er en arbeidsoppgave som

krever noe ekstra. Berit snakker om pårørendes medvirkning på tjenester der hvor bruker ikke har samtykkekompetanse, men denne medvirkningen er begrenset av hva fagfolkene definerer som «forsvarlig og hensiktsmessig». Her kommer det også frem at de ansatte noen ganger kjenner brukeren bedre enn pårørende, ettersom de er der daglig. Gjennom intervjuet virker Berit å være opptatt av omsorgsfull pleie og gode faglige vurderinger fra sine ansatte som grunnlag for gode tjenester. Også her tildeles brukerne en passiv rolle («vi ivaretar brukeren, og har planer rundt brukeren»), selv om de også får medvirke i form av at det som er viktig for dem skal være fokus. Også Berit tror at individuell plan kan være bra for brukerne, da mest med tanke på at tjenesteyterne blir ansvarliggjort, og at det blir mer oversiktlig for bruker.

Carin uttrykker at hun har veldig lite kjennskap til individuell plan, nærmest ikke forutsetning til å mene noe om det («Jeg har ikke noe svar, fordi jeg har så lite erfaring med det»). Gjennom intervjuet beskriver Carin sin egen rolle som en aktiv og kapabel leder. Hun koordinerer mye, både sine ansatte, og samarbeid med andre tjenesteytere. I forhold til de andre informantene, virker Carin å ta mer personlig ansvar for avgjørelser, inkludert i samarbeid med saksbehandler som fatter vedtak. Hennes ansatte beskrives riktignok også som kapable fagfolk som fikser der det trengs. Carin beskriver også ansatte som er fornøyde med arbeidsplassen, og at det er «høyt under taket» på deres avdeling. Hun poengterer at hun har en stabil base med ansatte som har lite fravær, og stabile vikarer. Også Carin beskriver brukerne som passive mottakere av hjelp. Hun sier også at mange av hennes brukere er kognitivt redusert, noe som kanskje kan bidra til passivitet. Carin beskriver også brukernes passivitet indirekte ved å snakke om at hun og hennes ansatte ikke er flinke til å fokusere på brukernes ressurser («men vi fokuserer jo mest på hva de trenger hjelp til»). Også prosessen med å søke på tjenester, hjelper de brukerne med. Når det er snakk om hvilken medvirkning brukerne har, beskriver Carin en situasjon hvor brukeren ikke ønsker å bli fratatt tjenester til tross for bedret funksjon, og hvor bruker da får beholde tjenesten likevel. Carin beskriver godt og tett samarbeid med mange andre tjenesteytere, da i størst grad de som holder til i samme bygg som henne. Carin gjør det tydelig at hun har full mulighet til å implementere individuell plan i større grad selv, men at hun ikke opplever noen instruks eller føring fra sin ledelse om å gjøre det.

5.2.2 Fortellingens hvordan

På nivå 2, dreier posisjonering seg om hvorfor fortellingen blir fortalt til en spesiell person i en spesiell kontekst. Alle informantene var informerte om at de ble intervjuet av en student på master for helsefaglig utviklingsarbeid, noe som medfører at man har bachelor i helse- eller sosialfag som bakgrunn. Videre kunne de gå ut fra at jeg var godt kjent med temaet individuell plan, ettersom jeg har valgt å skrive masteroppgave om emnet.

Anne posisjonerer seg selv på dette nivået som en som kjenner godt til individuell plan, og som derfor er en god informant til mitt prosjekt. Samtidig beskriver hun at de ikke har implementert ordningen godt nok i egen tjeneste. I forhold til de andre, går Anne lengre i å beskrive eget ansvar i forhold til dette, og hvordan de kunne forbedret arbeidet med individuell plan («kanskje skulle vi hatt en faggruppe i hver avdeling, et par stykker som er gode på det, som kan være ressurspersoner for de andre. Det trenger ikke være så avansert»). Anne legger også en god del av ansvaret for implementeringen av individuell plan på koordinerende enhet, som hun beskriver som fraværende. Generelt posisjonerer Anne seg selv som en kapabel leder, som kan mye om temaet, og som har viktig informasjon å bidra med til mitt prosjekt. Det virker imidlertid uklart hvor ansvaret for individuell plan egentlig ligger, er det hos helsepersonellet som er hos brukeren, hos lederen eller i koordinerende enhet?

Berit har mindre tro på at hun har noe særlig å bidra med i et intervju om individuell plan. Likevel viser det seg gjennom intervjuet, at hun faktisk har en god del kjennskap til, og erfaring med individuell plan. Det kan virke som Berit er mer i en forsvarsposisjon enn Anne i forhold til meg som intervjuer, da hun er den som i størst grad beskriver at de har god kvalitet på tjenestene de gir selv om de ikke bruker individuell plan i så stor grad («Jeg vet at brukerne våre får gode tjenester og at vi har godt samarbeid med alle parter»). Berit beskriver jobben sin som administrativ, og man kan skimte spor av at hun kanskje tenker hun burde være mer ute blant brukerne («Men jeg er ikke mye ute hos brukerne. Jeg har jo ikke tid til å være i lag med dem»). Berit gir inntrykk av at hennes avdeling gir effektiv og faglig god tjenesteyting, selv om de ikke bruker individuell plan, slik hun kanskje tror at jeg mener de burde. Berit sier også etter hvert at selve intervjuet gjør at hun nå ønsker å innhente mer kunnskap og kompetanse om individuell plan, og også Sampro, som kommunen hennes bruker. Også hos Berit virker det uklart hvor ansvaret for individuell plan ligger, det mangler rutiner og klare linjer for hvem som skal gjøre hva.

Carin er den av informantene som har minst tro på at hun har noe å bidra med i et intervju om individuell plan. Hun posisjonerer seg ovenfor meg som feil person å spørre, og at hun ikke kan ha så mye meninger om ordningen når hun har så lite erfaring med den. Hun har imidlertid mye erfaring som leder i en hjemmetjeneste, og fremstår trygg og engasjert i den rollen. Carin er også opptatt av at de har en god arbeidsplass, og hun forteller om stabile ansatte og at det er høyt under taket. Carin er også tydelig på at hun fyller et behov for koordinering selv i kraft av måten hun jobber på, og at hun samarbeider tett med aktuelle tjenesteytere. Carin presenterer også seg selv som en som styrer arbeidet sitt selv i stor grad, og at hun kunne implementert individuell plan i større grad hvis hun ønsket det. Samtidig som Carin har minst erfaring med individuell plan, ser hun også i minst grad poenget med å bruke verktøyet. Hun forteller imidlertid at hun skal sette seg mer inn i det, på grunn av påminningen som vårt intervju har gitt. Også i Carin sin kommune ser vi fravær av klar ansvarsfordeling angående individuell plan, og her nevnes ikke engang koordinerende enhet.

5.2.3 Posisjonering i forhold til kulturelle og sosiale master-narrativer

På analysens nivå 3 er det informantenes fortellinger sett opp mot bredere master-narrativer som står i fokus. Det er et uttalt ideal fra norske helsemyndigheter, og til dels også i befolkningen at man skal kunne mestre livet selv og ha en aktiv alderdom i eget hjem. Dette gjenspeiler seg for eksempel ganske tydelig i kvalitetsreformen *Leve hele livet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Anne berører idealet om egenmestring som noe de skal ha fokus på. Også Carin er inne på dette med egenmestring, men da med en undertone av at dette er noe hennes tjeneste burde bli bedre på å fremme. Det kommer også frem at idealet om egenmestring kan være i konflikt med et annet ideal om omsorgsfull hjelp («For vi skal jo hjelpe. Så dette med å tenke at «altså det der kan Per gjøre selv», det er ikke så enkelt.»). Både Anne og Berit knytter egenmestring til individuell plan, når de beskriver fordelene med ordningen for sine brukere. Anne og Carin snakker også om den nasjonale føringen om at alle skal kunne bo lengst mulig i eget hjem. Anne snakker om dette som noe de selv er opptatte av, mens Carin beskriver større vansker rundt dette på grunn av kommunens manglende nattjeneste. Alle nevner at dette er noe de mener brukerne selv også ønsker. Berit viser til større master-narrativer når hun snakker om den nasjonale «hva er viktig for deg-dagen», og at dette er et spørsmål de har implementert i egen praksis. Målet med «hva er viktig for deg-dagen» er å flytte oppmerksomhet bort fra hva som er «i veien» med pasientene. Aktiv deltakelse i utforming av egne mål skal øke motivasjon og mestring hos pasientene og fremme god helse (Kompetansebroen, 2021). Dette henger dermed også sammen med idealet

om egenmestring, og til dels også individuell plan hvor jo brukers mål er en avgjørende del. Berit bruker et par ganger uttrykket «forsvarlig og hensiktsmessig», når hun beskriver grensene for hvor mye brukere eller pårørende kan bestemme. At tjenestene skal være forsvarlige er en grunnpilar i helselovgivningen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), og det knyttes i dette tilfellet til behovet for å begrense brukers styring av tjenestene. Dette kan derfor henge sammen med krav om effektivisering. Vi ser også spor av tidspress hos både Anne og Berit, da de for eksempel oppgir dette som årsak til at ansatte ikke vil ha koordinatorrollen. Det som imidlertid er aller mest fremtredende, er at lederne beskriver svært lite styring fra organisasjonen over seg, i alle fall når det gjelder individuell plan. Anne og Berit har en tanke om at det er koordinerende enhet som skal styre hvor mye IP brukes og hvordan, samtidig som de opplever dem som fjerne. Carin sier rett ut at hun ikke har prioritert individuell plan, da det ikke er noen som «pusher på». Dette betyr at ideologien om at alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys individuell plan, ikke har nådd ut til lederleddet nærmest brukerne i disse kommunene.

5.2.4 Oppsummering

Resultatene av analysen viser at lederne posisjonerer seg selv og sine ansatte som aktive og autonome i sin arbeidshverdag. Lederne forteller om utstrakt samarbeid og koordinering av tjenester, men har begrenset erfaring med individuell plan. Det er den deltakeren som har minst erfaring med individuell plan som også er minst positiv til ordningen. Det fremkommer at brukerne snakkes om i en passiv mottaker-rolle i alle tre intervjuene, med unntak av når det beskrives hvilken betydning individuell plan har for brukeren. Det er også lite spor av at brukers mål leder tjenester og samhandling. Lederstilen for dem alle tre kan se ut til å være preget av at de har autonome og dyktige ansatte som tar mye avgjørelser selv, spesielt hos Anne og Berit. Det beskrives ingen styring eller fokus fra lederleddene over deltakerne angående individuell plan. To deltakere beskriver at en koordinerende enhet har ansvar, men enheten oppleves fjern og fraværende. Den tredje deltakeren nevner ikke koordinerende enhet i det hele tatt. Helsepolitiske idealer, som økt egenmestring, å bo lengst mulig i egen bolig, samt å spørre hva som er viktig for brukeren, synes å påvirke arbeidsdagene deres til en viss grad. Deltakerne posisjonerer seg som ledere som søker å ivareta disse politiske idealene i daglig arbeid. Idealene om den aktive, myndige og deltakende brukeren fra nasjonale dokumenter finner jeg færre spor av.

6 Drøfting

I dette kapittelet blir resultatet fra studien diskutert med utgangspunkt i teoretiske rammer, tidligere forskning og problemstilling. Analysen viste flere funn som kunne vært interessante å diskutere i dette avsnittet, men prosjektets omfang begrenser hvor omfattende drøftingen kan være. Jeg har derfor fokusert diskusjonen rundt hovedkategoriene; aktivt helsepersonell og passive brukere, Klinisk ledelse og manglende insentiver.

6.1 Aktivt helsepersonell og passive brukere

Resultatene i studien viser at ledere i kommunal hjemmetjeneste beskriver seg selv og sine ansatte som aktive og autonome aktører, samtidig som brukerne posisjoneres som passive mottakere. Brukers mål anvendes tilsynelatende heller ikke aktivt som retningsgivende i tjenesteytingen. At alle tre gjennomgående posisjoneres hovedaktørene i individuell plan på denne måten, viser at dette antagelig er en slags felles stammespråk, en felles oppfatning av rollene. Alle tre er sykepleiere med samme type jobb, på hjemmetjenesteavdelinger som er ganske lik i type brukere og oppgaver. Brukere som passive mottakere, er på mange måter en motsetning både til idealene bak, og formålet med individuell plan, og dette kan ha betydning for bruken av ordningen. At individuell plan er et verktøy som er i tråd med idealet om myndiggjøring, gjenspeiler seg også i funnene. To av ledernes beskrivelse av aktive brukere når nytteverdien av individuell plan drøftes, gir en interessant kontrast til den ellers passive brukerrollen. Når Anne og Berit snakker positivt om hvor aktive og deltakende brukerne kan være når de får en individuell plan, så blir jo spørsmålet hvorfor de ikke bruker IP oftere da? Det ser ut til å være et brudd mellom det de sier og det de gjør.

I følge veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2018b), skal IP sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. I tillegg skal IP også styrke samhandling mellom partene, og sikre brukers medvirkning og innflytelse. Brukerens mål, ressurser og helhetlige behov skal gi grunnlag for valg og prioriteringer av tiltak, og de forskjellige tjenestene skal sees i sammenheng og sette bruker i stand til å nå sine mål. Brukers (og eventuelt pårørendes) medvirkning og innflytelse i planprosessen er derfor helt avgjørende. Kvangarsnes (2015) beskriver det også som avgjørende for arbeidet med myndiggjøring, at helsepersonell er bevisste på betydningen av at bruker og pårørende deltar i å formulere mål for tiltak og samhandling med helsevesenet. I

funnene ser vi at denne nøkkelen til brukermedvirkning (brukers mål) ikke har fokus. Brukerne oppgir sine ønsker for tjenestene, og hjemmetjenesten imøtekommer disse innenfor de begrensninger de har. Å være opptatt av ønsker for tjenester heller enn mål, gir et fokus på hjelpebehov og preferanser fremfor hva man vil oppnå med tjenestene, og det gir lite rom for å skape endring i retning av økt mestring der det er mulig.

Veilederen beskriver også noen formål og overordnede prinsipper som gjelder både for rehabilitering, habilitering og for individuell plan. Her beskrives det at tjenestene skal bidra til mestring, selvstendighet og deltakelse. Begrepet empowerment tas også frem under formål, og beskrives som en tilnærming med fokus på myndiggjøring, hvor man vektlegger brukerens ressurser og muligheter fremfor mangler og problemer (Helsedirektoratet, 2018b). Funnene i studien viser en samhandling og koordinering som er preget av at fagfolkene setter mål og velger tiltak. Brukers ønsker søkes ivarettatt, men ikke med bruker som en likeverdig part som setter målene selv. Det er selvfølgelig ikke alle brukerne i disse hjemmetjenestene som fyller vilkår for individuell plan, eller engang vil ha nytte av en slik plan. Den tilnærmingen som brukes kan derfor tenkes å fungere fint for mange av tjenestemottakerne, men praksisen understøtter ikke individuell plan og for så vidt heller ikke rehabilitering, som en naturlig del av verktøykassa. Selve definisjonen på rehabilitering peker mot en samhandlingsprosess som tar utgangspunkt i brukers mål (Helsedirektoratet, 2021d).

Johansen og Solbjør (2012) beskriver at kravet om brukermedvirkning og formålet om empowerment for brukeren, har vært en tendens i helsetjenestene til de fleste vestlige land de siste tiårene. Staten har vært en pådriver for brukermedvirkning, gjerne basert på argumenter om frigjøring, demokrati og borgerrettigheter. Forfatterne beskriver at brukermedvirkning har blitt et viktig prinsipp i det norske helsevesenet, og sees på som et svar på en rekke utfordringer. For eksempel skal det også bidra til mindre behov for tjenester ettersom brukernes egne ressurser utnyttes bedre. Brukermedvirkning kan forstås som en myndiggjøring av brukeren, som en del av en maktutjevning mellom bruker og helsevesenet. Dette henger ifølge Johansen og Solbjør også sammen med ideen om den aktive medborgeren. Brukermedvirkning kan videre ses på som et verktøy for å fremme individuell selvstendighet og deltakelse, men også som en flytting av ansvar fra velferdsstaten og over til brukeren (Johansen & Solbjør, 2012). Kvalitetsreformen «leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), legger for eksempel også mye fokus på eldre som aktive brukere av helsetjenester, hvor tjenestene skal støtte opp under, og sikre deres egenmestring. Empowerment kan også ses på som et forsøk på å spare ressurser (både økonomi og

personell) på pleie og omsorg, for å sikre bærekraftige tjenester for fremtiden. Denne tankegangen er lederne inne på, når for eksempel Carin beskriver hvordan både de selv og korttidsavdelingen burde jobbe mer mot egenmestring. Også Anne sier at det er viktig at brukerne får gjøre selv det de kan klare å mestre. Det overordnede master-narrativet om at brukerne skal gjøre selv det de kan klare, har altså nådd frem, selv om det kanskje er varierende hvor godt implementert det er. Koblingen til et fokus på brukerens egne mål, finner vi imidlertid ikke i denne studien.

Det kan være flere grunner til at idealene om myndiggjøring fra politiske føringer ikke er implementert fullt ut. Vik beskriver hvordan idealene bak myndiggjøring skiller seg vesentlig fra tradisjonelt arbeid i tjenestene. I stedet for å styre, skal helsearbeiderne først og fremst tilrettelegge så brukeren selv kan mestre. Dette innebærer en overføring av makt fra hjelperen til brukeren, noe som kan oppfattes som en nedvurdering av kompetanse og erfaring som kompetente helsearbeidere har opparbeidet seg. Tradisjonelt har helsevesenet vært preget av paternalisme (helsearbeideren er eksperten som avgjør hva som er best for brukeren), men myndiggjøring krever det motsatte (brukeren vet best) (Vik, 2015).

Funnene i denne studien viser at lederne posisjonerer både seg selv og sine ansatte som dyktige fagfolk, som har viktig kunnskap og erfaring som de anvender til gode for sine brukere. Berit sier også med klare ord, at de noen ganger vet bedre enn pårørende hva som er best for bruker. Dette peker mot et dilemma med å flytte ansvar på brukerne (eller pårørende), som kanskje ikke har de beste forutsetninger for å gjøre gode valg. Som lederne også påpeker, er det flere av deres brukere som har redusert kognitiv funksjon. Siden brukers kunnskap og dømmekraft ikke nødvendigvis er tilstrekkelig til å sikre gode valg, må hjelperen ifølge Vik (2015) påta seg ansvaret for å bestemme om de skal påvirke og styre brukeren, og eventuelt i hvor stor grad. Dersom man ønsker å bevare og utnytte brukernes ressurser i størst mulig grad, bør man imidlertid legge til rette for størst mulig mestringsfølelse til tross for kognitiv og mental svikt (Egset, 2015).

To av deltakerne forteller at de har implementert spørsmålet «hva er viktig for deg» i deres kartlegging av behov for tjenester. «Hva er viktig for deg» har sitt utspring i en artikkel av Barry og Edgman-Levitan, som fremmet spørsmålet som et tillegg til spørsmål om hjelpebehov. Målet var å implementere en mer pasientsentrert omsorg ved å dele ansvaret for å ta avgjørelser mellom helsearbeidere og brukere. Spørsmålet var ment å flytte fokus over på hva som var det viktige for brukerne i deres liv, slik at dette kunne være drivkraften bak et

tilpasset tjenestetilbud (Barry & Edgman-Levitan, 2012). I Norge har dette spørsmålet blitt en del av den politiske retorikken rundt kvalitetsforbedring i helsevesenet, for eksempel i kvalitetsreformen «leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I denne studien fremkommer det imidlertid ikke at brukernes svar på dette spørsmålet brukes til å sette mål for tjenestene de får. Ifølge Olsen, Debesay, Bergland, Bye og Langaas er bruken av dette spørsmålet en kompleks prosess som krever profesjonell kompetanse. Helsepersonell utfordres når de skal hjelpe pasienter å utforme mål av hva som er viktig for dem. Videre fant de utfordringer ved å akseptere disse målene, og oversette dem til realistiske, rasjonelle og handterbare profesjonelle mål (Olsen, Debesay, Bergland, Bye & Langaas, 2020). Det kan være spor av dette vi ser også i denne studien, når svarene på spørsmålet «hva er viktig for deg» ikke blir oversatt til mål for tjenestene.

Denne studien viser altså at disse tre lederne posisjonerer brukere og ansatte i et paternalistisk mønster i intervju situasjonen. Om deres ansatte gjør det samme i møte med brukerne kan vi ikke vite med sikkerhet, men det ser ut til å være en etablert kultur ut fra at alle tre ledere gjør dette konsekvent. En slik kultur passer godt for å ivareta sårbare brukere som trenger omsorg og støtte, men passer kanskje dårligere for å fremme egenmestring. Ifølge Vik, kan brukermedvirkning innebære større bruk av tid og ressurser, i tillegg til tap av makt (Vik, 2015). Carin påpeker at det tar mer tid å la brukerne mestre selv. Anne og Berit nevner også at det er tidkrevende å jobbe med individuell plan. Dette er i tråd med funnene til Sægrov, hvor sykepleiere som jobbet med kreftrammede mente at de hadde for lite tid til å utarbeide IP (Sægrov, 2015). Det er heller ikke gitt at brukerne ønsker å være mer aktive. Når man har helseproblemer, kan man ha et forståelig ønske om å være passiv, både fysisk og i forhold til avgjørelser knyttet til helsen (Vik, 2015). I samtalen med Carin, kommer dette frem når hun snakker om brukeren som fikk beholde medisintil levering fra hjemmetjenesten tross tilfriskning, da det var enklere enn å måtte reise for å hente medisiner selv.

Carin beskriver hvordan de ønsker å «redde hele verden» og hjelpe brukeren, samt hvordan dette fører til mindre fokus på hva bruker kan klare selv. Mennesker som blir avhengige av hjelp fra andre, havner i et asymmetrisk forhold til sine hjelpere, hvor det er lett for at det kan skje en større umyndiggjøring av den hjelpetrengende enn nødvendig. Dette kan ifølge Aadnanes skje under det etisk høyverdige målet om å gi omsorg. Han beskriver at når omsorgen blir en grunnverdi for profesjonsetikken, kan det også forsyne profesjonsrollen med en autoritet som kan umyndiggjøre brukeren. Aadnanes beskriver hvordan empowerment-bevegelsen adresserer dette med å kreve mer makt til brukeren. Det er imidlertid også noen

etiske utfordringer med dette. En konsekvens av myndiggjøring er nemlig også at det legges et etisk og moralsk ansvar på brukeren for egen helse og velferd som bør gjennomdrøftes (Aadnanes, 2015). I en diskursanalyse av sentrale stortingsmeldinger over 50 år, beskriver Christensen og Fluge hvordan man på politisk retorisk nivå har startet en nedbygging av velferdsstatens rolle og betydning. Brukermedvirkning blir mer dominerende som begrep, samtidig som eldre i større grad forventes å selv sørge for sine pleie- og omsorgsbehov med de ressurser de har (Christensen & Fluge, 2016). En slik type brukermedvirkning kan fort bli vanskelig å håndtere for hjemmetjenestemottakere som ikke har gode forutsetninger for å ta dette ansvaret. Det kan derfor tenkes at både brukere og helsearbeidere også av gode grunner vil kunne ønske å holde seg til en mer paternalistisk omsorg.

Oppsummert kan et paternalistisk forhold mellom brukere og hjelpere bidra til at individuell plan ikke tas i bruk, selv om det i visse tilfeller også kan ha fordeler både for ansatte og brukere. Hvis hjemmetjenesten ikke er vant til å myndiggjøre brukerne og tilrettelegge for at de kan sette seg mål, så blir individuell plan noe utenfor vanlig praksis, og dermed ekstra ressurskrevende. Rollen som koordinator for individuell plan virker også mer krevende, når man må forholde seg annerledes til brukeren det gjelder. I tillegg til å stikke kjepper i hjulene for individuell plan, kan dette også begrense muligheten for rehabilitering og egenmestring for hjemmetjenestebrukerne. Dersom brukerne heller ikke forventer å få en aktiv og deltakende rolle, vil det være få insentiver for forandring i det ytterste ledd av tjenestetilbudet.

6.2 Klinisk ledelse

«Ledelse kan forstås som den prosessen i organisasjonen som skal sørge for at enkeltelementene fungerer sammen på en slik måte at organisasjonens overordnede mål blir realiserte» (Vik, 2015, s. 97).

Denne definisjonen på ledelse fra Vik minner om hva Mia Vabø og Bente Rasmussen kaller et syn på ledelse inspirert av New Public Management (NPM). De beskriver hvordan mellomlederens rolle tidligere var ansett som en buffer og støtte for autonome yrkesutøvere, men etter inntoget av NPM ansees lederen som ansvarlig for å iverksette overordnede og strategiske mål (Rasmussen & Vabø, 2014). I denne studien ser vi at lederne opplever et ansvar for å iverksette enkelte nasjonale strategiske mål, som for eksempel å spørre bruker hva som er viktig for dem. Også i forhold til individuell plan sier to av deltakerne at de eller deres ansatte har et ansvar for å informere brukerne om individuell plan, bruken av «vi» gjennom alle tre intervjuene gjør det vanskelig å få et klart bilde av ansvarsfordelingen. I

henhold til lovverket har alt helsepersonell samme ansvar for å veilede aktuelle brukere om individuell plan og melde behov (Helsepersonellova, 1999), men leder har ansvar for å legge til rette for gjennomføring av dette tiltaket, som alle andre lovpålegg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a).

Ifølge Rasmussen og Vabø (2014), har synet på ledelse i den hjemmebaserte omsorgstjenesten endret seg de siste tiårene fra tiltro til autonome velferdsyrker, til en tro på effektivisering og forbedring gjennom styring og ledelse. I denne studien ser vi imidlertid fortsatt mye til de autonome velferdsyrkene, ikke bare hos hjemmetjenestene, men også hos samarbeidspartnere. Det kan tyde på at det «eldre» synet på ledelse har overlevd, eller blitt sammenvevd med det nye i de aktuelle kommunene. Rasmussen og Vabø viser til at endringen har skapt et paradoks, hvor betydningen av ledelse blir fremhevet, samtidig som sonelederen i praksis har mistet mye påvirkningskraft. Soneledere som tidligere har hatt kontroll over tildeling av tjenester, fordeling og utnyttelse av ressurser, har mistet dette. Denne endringen har ikke tatt høyde for at det fortsatt er nødvendig å handtere uforutsigbare omsorgskrav, og forfatterne mener dette innskrenket muligheten til støttende lederskap og har gjort lederrollen mer krevende (Rasmussen & Vabø, 2014). I denne studien finner vi både en avdelingsleder som vurderer tjenestebehov selv, en som delegerer dette til sine ansatte, og en som vurderer behov i samarbeid med en saksbehandler. Alle lederne har dermed relativt stor grad av påvirkningskraft når det gjelder hvilke tjenester deres avdeling skal utføre, i kontrast til beskrivelsen fra Rasmussen og Vabø. De har imidlertid ikke omsatt dette til en satsing på individuell plan, uten at de forklarer dette særlig inngående. Ut fra materialet kan det se ut som at de ikke føler et stort ansvar for denne ordningen. Anne og Berit mener koordinerende enhet har ansvaret, mens Carin er usikker på om det er behov for individuell plan.

Doktorgradsavhandlingen til Berit Foss uttrykker en uro over den økende markedstenkningen i helsetjenesten. Hun beskriver hvordan fokus kan ha blitt flyttet fra å tjene pasienten til å tjene penger på pasienten, noe som kan føre til at omsorgsverdier som solidaritet og barmhjertighet blir borte. Foss beskriver ledelse som å ta ansvar for pasienten som den svake og sårbare, hvor ledelse handler om å tjene den andre i ydmykhet. Hun argumenterer også for at faglige ledere i helse- og omsorg selv må være fagfolk/klinikere (Foss & Åbo akademi Socialvetenskapliga, 2012). Orvik beskriver dette som karitativ ledelse. Karitativ ledelse har røtter i humanitære bevegelser, og beskriver lederes ansvar for å skape en kultur basert på kvalitet, sikkerhet og verdighet. En slik ledelsesform kan også gi bedre rom for veiledning og refleksjon og redusere moralsk stress hos ansatte (Orvik, 2015). Mindre stressede ansatte kan

også gi mindre sykemeldinger og turnover, noe som igjen kan bidra positivt økonomisk. Ut fra dette kan det være sammenheng mellom Carins tydelige omsorgsdiskurs ovenfor bruker, og beskrivelsen av stabile og fornøyde ansatte. Alle deltakerne er også dyktige fagfolk som kjenner sine ansattes arbeidsoppgaver godt.

Orvik beskriver klinisk ledelse som et samspill. Lederen skal være generalist, spesialist og leder samtidig. Generalistrollen handler om å skape gode rammer for profesjonsutøvelsen, for eksempel ved å skape positivitet, handtere konflikter eller kjenne organisasjonen godt. Spesialistrollen setter fagkunnskapen i sentrum, i dette tilfellet avansert sykepleie. Dette innebærer kjennskap til forskningsbasert kunnskap og kliniske ferdigheter. Lederrollen kommer frem når det jobbes målrettet, problemløsende og kommunikasjonsutviklende i samspill med ansatte (Orvik, 2015). Lederne i denne studien viser frem alle disse rollene gjennom sine intervjuer, og de fremstår for meg som kapable og trygge kliniske ledere.

Det er ingen av lederne som gjør noe poeng ut av stramme budsjetter, men de snakker om knapphet på tid. De beskriver også hvordan deres avdelinger tar mye ansvar og organiserer tjenestene rundt brukerne. Dette minner meg om beskrivelsen av at helhetlig pasientomsorg kan føre til ansvarsoversvømmelse. I boken «maktens samvittighet» stilles det spørsmål ved om sykepleierne har forutsetninger for helhetlig pasientansvar. Ergoterapeuter, fysioterapeuter og andre forholder seg til små deler av pasientomsorgen. De kommer til pasientene og går når de er ferdige, og lager køordninger og ventelisten når kapasiteten er dårlig. Sykepleiere har derimot ambisjoner om å ivareta helheten i omsorgen. I hjemmetjenesten finnes det ingen mulighet for å lage køordning, og det er de som må ta det som andre lar være igjen (Vike, Brinchmann, Haukelien, Kroken & Bakken, 2013). Orvik beskriver på sin side hvordan sykepleiernes helhets-ambisjon kan bli i meste laget for andre faggrupper som opplever at de overtar det meste, og at dette idealet over tid er urealistisk og medfører slitasje og samvittighetsstress. Likevel kan sykepleiere på denne måten tette hull i helsevesenet. En slik helhetlig omsorg krever også et fleksibelt personale (Orvik, 2015). Et slikt syn på sykepleien, kan kanskje føre til en opplevelse av at de allerede ivaretar helhetlige pasientforløp uten bruk av individuell plan. I denne studien ser vi også at ledere beskriver at de koordinerer og organiserer tjenester rundt brukeren i stor grad, også i samarbeid med andre aktører. Dette kan kanskje også forklare at de tenker at de jobber pasientsentrert (med bruker i fokus), til tross for at brukers mål eller tydelige medvirkning mangler. Dette kan derfor tenkes å virke mot implementering av individuell plan, samtidig som en viss grad av samhandling og koordinering likevel ivaretas.

Studien viser stor grad av autonomi hos ansatte, og ledere som tar de ansatte med på kliniske avgjørelser. Klinisk ledelse kan ta form av selvledelse av flere grunner. Helsepersonell i hjemmetjenesten er kunnskapsarbeidere som i stor grad jobber selvstendig ute hos brukere, hvor det ikke er overvåkning og kontroll. De er profesjonelle, og har gjerne et ønske om å lede seg selv, og ledelsesmodeller med innslag av delegering er økende (Orvik, 2015). Orvik beskriver både hvordan selvledelse kan løfte en virksomhet, og skade den. Dersom medarbeidere heller vil realisere egne mål fremfor organisasjonens, vil selvledelse være et problem. Selvledelse egner seg imidlertid når medarbeiderne har internalisert de idealer og visjoner som organisasjonen har, de har tillit fra ledelsen, har gjerne mye kompetanse (ofte mer enn lederne), vet hva som bør prioriteres og har sterk tilknytning til organisasjonen. Hjemmetjenesten er en kompleks organisasjon hvor det er lite direkte innsyn i arbeidet fordi det foregår i brukernes hjem, samtidig som det er mye indirekte innsyn i form av rapportering og kontroll. Selvledelse kan da gi bedre kvalitet og effektivitet, og samtidig bidra til personlig vekst hos personalet (Orvik, 2015). Mulighet for reell påvirkning av egen arbeidshverdag har også vist seg avgjørende for bedre arbeidsmiljø og reduksjon av sykefravær i for eksempel renholds-bransjen (Öhring, 2014), og det er ingen grunn til å tro at det er annerledes i hjemmetjenesten. Selvledelse er i utgangspunktet godt i tråd med lovgivernes forventninger om at hvert helsepersonell skal ta ansvar for å tilby individuell plan til de som trenger det. Samtidig viser denne studien at målet om individuell plan til alle med behov ikke ser ut til å være internalisert hos de ansatte, og slik manglende internalisering er jo nettopp en fallgrube for selvledelse. Autonome ansatte kan også i større grad gjøre motstand mot arbeidsoppgaver de ikke vil ha. I denne studien sier for eksempel to av lederne at deres ansatte ikke ønsker å være koordinator, noe som er i tråd med funnene til Rambøll (2010) som tidligere beskrevet. Klarere styring kan også være ønskelig for autonome ansatte, slik som sykepleierne i Sægrovs studie, som mente retten til IP måtte bli en arbeidsinstruks fra leder, slik at arbeidet ble legitimert (Sægrov, 2015).

Yrkesutøvere som jobber i direkte kontakt med mennesker har blitt omtalt av Michael Lipsky som bakkebyråkrater (Vabø, 2014a). Vabø beskriver videre bakkebyråkratene som i en mellomposisjon mellom befolkning og politikere, og de stilles stadig ovenfor motstridende krav. På grunn av den store mengden mål og direktiver som kommer ovenfra, må disse yrkesutøverne stadig velge hvilke idealer som skal realiseres. Knappe ressurser gjør at bakkebyråkratene må bruke strategier som å unngå kompliserte oppgaver, spesialisere seg på enkelte oppgaver eller støtte seg til samlende ideologier. Denne tilpasningen gjør at

bakkebyråkratene stadig får kritikk og krav om å synliggjøre sin ansvarlighet, for eksempel i kontrollordninger som rapportering og stoppeklokke. Problemet med kontrollordningene igjen er at det innskrenker muligheten til å tilpasse tjenestene individuelt. Dette er en vanskelig balanse hvor det er behov for en viss grad av kontroll for å hindre at tjenesteytingen kobles helt fra den økonomiske politikken, samtidig som bakkebyråkratene må ha frihet nok til å gi tilpassede og kvalitetsmessige gode tjenester (Vabø, 2014a). I dette bildet er individuell plan bare ett av et enormt mylder av mål og direktiver som hjemmetjenesten stilles ovenfor. Det fremkommer også i denne studien at arbeid med individuell plan, særlig koordinatorrollen, ansees som en komplisert oppgave. Dette begrunnes med at det er tidkrevende, forutsetter kompetanse, og kan medføre krevende møter med pårørende. Anne sier til og med at hun tror ansatte kan la være å informere om individuell plan, fordi de ikke ønsker koordinatorrollen. Dette tyder på at individuell plan kan være en av de kompliserte oppgavene som disse bakkebyråkratene velger bort i havet av krav.

6.3 Manglende insentiver

Bakkebyråkratene bør som sagt ifølge Vabø ikke styres for mye, men bør likevel ha tydelige kvalitetskrav for å sikre at organisasjonens mål følges opp (Vabø, 2014a). Det er da nærliggende å se nærmere på den graden av styring disse lederne opplever fra lederledd og politikere oppover i organisasjonen. Har hjemmetjenesten insentiver for å ta i bruk individuell plan? Opplever de tydelige kvalitetskrav fra sine ledere angående individuell plan? Dette finner jeg lite spor av i denne studien. På spørsmål om hvem som bestemmer hvor mye individuell plan skal brukes i deres kommune, svarer to deltakere at det er koordinerende enhet, og en at det er hun selv. Ingen av de føler press på at de skal identifisere brukere med behov for individuell plan og melde dette til koordinerende enhet, selv om to av dem poengterer at de skal kunne informere brukerne om rettigheten. Dette er også i tråd med rapporten fra Rokkansenteret (Berven et al., 2013), som fant at kommunenes administrative ledelse i liten grad var involvert eller interessert i individuell plan.

Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator anbefaler en plassering av koordinerende enhet som gjør at den er lett å komme i kontakt med for både brukere og samarbeidspartnere. Videre bør enhetene være plassert høyt i organisasjonen på grunn av sitt virkeområde på tvers av enheter, fagområder, nivåer og sektorer (Helsedirektoratet, 2018b). Også veilederen viser til rapporten fra Rambøll (2010), når den argumenterer for god administrativ forankring og synlighet i organisasjonen. Bogetun gjorde

en kvalitativ studie hvor hun studerte fire kommuners styringsdokumenter, gjennomførte intervjuer med nøkkelpersoner i kommunene, samt seniorrådgiver i Statens helsetilsyn. Hun beskrev at kommunene ikke oppfattet den statlige styringen om organisering av koordinerende enhet som en plikt, og at styringen ble ignorert så lenge det ikke var i samsvar med kommunenes normer og verdier. Bogetun konkluderte videre med at statlig styring fra helse- og omsorgsdepartementet hadde positiv betydning for organisering som støtter koordinerte tjenester, mens statlig styring fra kommunal- og regionaldepartementet (nå kommunal- og distriktsdepartementet) hadde negativ betydning med sitt fokus på balansert målstyring (Bogetun, 2015). Dette viser til det dilemmaet som kommunene står ovenfor, når de skal balansere ulike krav fra forskjellige departement.

At koordinerende enhet oppfattes som fraværende av to informanter, og ikke engang nevnes av den tredje, er et moment som kan påvirke bruken av individuell plan. Strand gjorde en intervjustudie med ansatte i koordinerende enheter i Oslo, og fant blant annet at de ikke opplevde seg selv som synlige for alle tjenesteytere, men at de likevel mente det kom henvendelser til dem uansett. Informantene til Strand sa imidlertid også at brukere sjeldent søkte om IP selv uten å ha vært i kontakt med tjenesteytere først (Strand, 2016), noe som peker mot at dette kanskje ikke er så uproblematisk som det fremstilles. Også i denne studien sier lederne at brukere ikke nødvendigvis vet om ordningen. Dersom brukerne ikke vet om ordningen, ikke blir informert om den, og ingen tar initiativ til å tilby IP, er det heller ikke rart at det er så få som får individuell plan. To av lederne etterspurte også mer kompetanse på IP til sine ansatte. Dersom de som jobber i hjemmetjenesten har lite erfaring med, og kompetanse på individuell plan, vil det også kunne påvirke negativt hvor bra individuell plan vil fungere for brukerne dersom de får det. Dette understøttes av funnene til Langhammer, Madsen, Hellem, Bruusgaard, Alve og Slettebø, som beskrevet i kapittel 2.5.1. (Langhammer et al., 2015).

Implementeringen av individuell plan og koordinator til alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester ser ikke ut til å ha lyktes bedre i kommunene i denne studien, enn i resten av landet. I trygge hender 24/7 er en pasientsikkerhetskampanje fra helse- og omsorgsdepartementet, og deres nettsider har en sjekklister for implementering som kan gi noen hint om hva fraværende administrativ ledelse har med dette å gjøre. Før et tiltak skal implementeres, bør organisasjonen være klar for dette. En av forutsetningene er at tiltaket er forankret hos ledelsen og har støtte der. Tiltaket bør også være nedfelt og prioritert i nødvendige styringsdokumenter som handlingsplaner og kvalitetsstrategier (Helsedirektoratet,

2017a). Jeg har ikke gått inn på disse kommunenes handlingsplaner, men dersom individuell plan likevel er forankret, og har støtte fra lederleddene over deltakerne i studien, ser man påfallende lite spor av dette i intervjuene. Hvis en slik grunnleggende forutsetning for å implementere individuell plan ikke er tilstede, bør det ikke være overraskende at IP ikke har fått en større plass i hjemmetjenestene som omfattes av denne studien.

Andreassen beskriver at helsetjenestene koordinerer først og fremst gjennom standardiseringen av helseprofesjonene. Slik vet hver yrkesgruppe hva som forventes av dem, og hva som kan forventes av de andre. Dette fungerer koordinerende så lenge det er kjente problemer og kjente løsninger. Utfordringen er at mer komplekse problemer gjerne krever mer gjensidig tilpasning og felles kultur og verdier (Andreassen, 2014). I denne studien finner vi mye koordinering som skjer ved at helseprofesjonene tar ansvar for hver sin del av oppgavene rundt brukerne. Hjemmetjenesten vet hva de kan forvente av fysioterapeuten, og vise versa, og de snakker med hverandre ettersom de ser behov for det. Andreassen beskriver at siden helsevesenet er kjennetegnet av stor grad av selvledelse, må virkemidler for å sikre koordinering også være «myke» og spille på fagfolkens egen motivasjon for å forbedre tjenestene. Dette kan gjøres i form av team på tvers av organisatoriske grenser, i formelle partnerskap og i egne koordinerende roller (som koordinator for individuell plan) (Andreassen, 2014). Individuell plan kunne bidratt til å skape gjensidig tilpasning i komplekse saker, ved at samhandlingen settes i system og brukers mål leder veien for alle tjenesteyterne. Den motivasjonen som Andreassen sier kreves av fagfolkene for å koordinere på denne måten, kan imidlertid se ut til å være lav i denne studien. Det ser ikke ut til å være spor av så mange «myke» virkemidler for å skape den motivasjonen heller når det gjelder individuell plan. Koordinerende enhet, som kunne vært en pådriver for dette, oppleves fjern.

Andreassen (2014) påpeker at koordinering vil fortsette å være nødvendig så lenge spesialisering og arbeidsdeling også er nødvendig. Hun beskriver at koordinering kan stimuleres ved at man etablerer posisjoner og møteplasser som overbygger organisasjons- og profesjonsgrenser. Koordinerende enhet er en slik posisjon som skal overbygge slike grenser. Nettverk og samhandlingspunkter gir møteplasser for det samme. Andreassen beskriver til sist at det er et problem å få til god samhandling, når behovet for koordinering ligger utenfor organisasjonene selv (hos brukerne). Hver organisasjon kan løse sine egne avgrensede oppgaver og nå sine mål uten at samhandling er tvingende nødvendig. Hun foreslår at brukervedvirkning gjennom brukerrepresentanter i organisasjonene kan være med på å synliggjøre koordineringsbehovet (Andreassen, 2014). Det fremkommer ikke om kommunene

i denne studien har hatt brukerrepresentanter involvert i å stimulere til samhandling. Det vi imidlertid kan se, er at på et mikro-nivå er ikke brukeren en sentral aktør i samhandlingen, men heller den det samhandles rundt. To ledere ser muligheter for positiv effekt hos brukere som får individuell plan, men anvender likevel ikke ordningen oftere. Kan dette ha med å gjøre at koordineringsbehovet ligger hos brukeren, samtidig som denne ansees om en passiv aktør?

Individuell plan og koordinator er ordninger som er lovfestet og har blitt pålagt tjenestene fra nasjonalt hold. Torjesen og Vabo (2014) viser til William G. Ouchi`s beskrivelse av at koordinering kan skje gjennom hierarki, marked eller nettverk. I et hierarki er det autoritet som gir grunnlag for samhandling ved å pålegge, overtale eller oppmuntre. Gjennom marked, koordineres det med bytte og konkurranse. Til sist kan koordinering skje gjennom å skape nettverk hvor samarbeid og solidaritet fører til frivillig samhandling. Torjesen og Vabo plasserer da også koordinator for individuell plan under en hierarkisk modell for koordinering. Dette er en slags top-down linjebasert styring som ikke nødvendigvis er forankret i yrkesutøvernes egne behov eller ønsker. For å oppnå koordinering har man opprettet kommunale koordinerende enheter i hver kommune og helseforetak, samt at man via lovverk har pålagt en tjenesteyter koordinatorrollen for hver IP. Når koordineringen skal foregå hierarkisk, er resultatene ifølge Tjoresen og Vabo avhengige av den koordinerende enhetens posisjon i forhold til det som skal koordineres. Dette for at de skal strømlinjeforme, overvåke eller kontrollere iverksettingen av et visst tiltak, i dette tilfellet individuell plan. Når deltakerne i denne studien opplever koordinerende enhet som fraværende, er det klart at dette kan være en faktor i bruken av ordningen. Men selv om koordinerende enhet hadde vært mer involvert, er det ikke gitt at de hadde fått gehør i hjemmetjenesteavdelingen. Koordinerende enheter har normalt myndighet til å pålegge en avdeling koordinatoransvar (Helsedirektoratet, 2018b), men har vanligvis ikke annen myndighet over tjenestetilbud eller utførelse av denne. Det betyr at avdelingsleder og lederleddene over denne, helt til helse- og omsorgssjef, har en stor rolle å spille når de legger føringer for hva som skal prioriteres.

Samhandling foregår på mange forskjellige vis. Individuell plan er en form for samhandling som Orvik beskriver som «case management». Virksomheter som samhandler utpeker en koordinator, som sikrer samordning av de forskjellige tjenestene. Dette kombineres med flerprofesjonelle møter, eller ansvarsgruppemøter, hvor formålet er å drøfte en felles innsats. I andre typer flerprofesjonelle møter er det ikke gitt at bruker skal delta, men under individuell plan er aktiv deltakelse fra bruker en viktig del. Orvik legger imidlertid vekt på at

samhandling er svært ressurskrevende, og at det bare bør vurderes når det er verdt innsatsen. Da må alle involverte parter ha klar fordel av samhandlingen (Orvik, 2015). Denne tankegangen er delvis i konflikt med lovverk rundt individuell plan som ikke begrenser rettigheten ut fra slik nytteverdi for alle involverte. I veiledere og lovverk rundt ordningen er det mest fokus på at individuell plan er til beste for brukeren, bare han har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Helsepersonells motivasjon forutsettes å ligge i det som er best for brukeren, og det tilføres heller ingen ekstra ressurser for å gi insentiver til tjenesteyterne. Denne mangelen på fordeler for tjenesteyterne kan for eksempel være i spill når Carin sier at hun ikke vet hva som ville blitt bedre av å bruke individuell plan.

7 Oppsummering av studien

I dette kapitlet oppsummerer jeg drøfting og konklusjoner, metodiske overveielser, samt tanker jeg har om implikasjoner for praksis og behov for videre forskning.

7.1 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg gjennomført kvalitative intervjuer, og brukt narrativ metode, herunder posisjoneringsanalyse som beskrevet av Bamberg (2004), for å besvare min problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer har ledere i kommunal hjemmetjeneste med individuell plan?

- Hvordan posisjonerer ledere i kommunal hjemmetjeneste seg selv og andre aktører når de forteller om praksis rundt individuell plan?
- Hvordan kan ledernes posisjoneringer påvirke hvorvidt og hvordan individuell plan anvendes for brukere av kommunale hjemmetjenester?

Deltakerne i denne studien posisjonerer sine ansatte som aktive og autonome. De samhandler i stor grad og tilpasser tjenester rundt brukerne. Den aktive rollen gir mulighet for refleksive ansatte som tilpasser tjenester til brukernes behov, der de arbeider alene i brukers hjem. Det kan også tenkes at dette bidrar til bedre arbeidsmiljø, og dermed også sikrer avgjørende rekruttering, hindrer turn-over og bidrar til kvalitet på tjenester. Samtidig gir rollen som aktiv og autonom ansatt mulighet for større maktøvertakelse ovenfor brukerne enn nødvendig, og dette kan hindre både arbeid med rehabilitering, egenmestring og bruk av individuell plan. I

motsetning til de ansatte og lederne selv, omtales brukerne i en posisjon som passive mottakere av tjenester. En slik passiv posisjon står i motsetning til idealet om en aktiv og medvirkende tjenestemottaker som beskrives i nasjonale føringer, og som også ligger bak individuell plan. I drøftingen går jeg gjennom hvordan en posisjonering av brukerne som passive kan være behagelig både for ansatte og for brukerne selv, og hvordan et overdrevet fokus på den aktive brukeren også legger mer ansvar på en part som kan ha vansker med å håndtere det ansvaret av helsemessige årsaker. Samtidig er det klart at bærekraftige tjenester i fremtiden krever at vi satser på egenmestring der det er mulig. Dette kan gi bedre livskvalitet i lengden for brukerne, og samtidig minske behovet for tyngre pleie og omsorg.

Lederne posisjonerer seg selv godt i tråd med de krav som legges på en leder i en hjemmetjeneste. De gir sine ansatte rom for stor grad av selvledelse, som kombinert med rom for omsorg og det å tjene en sårbar part, kan gi god motivasjon og arbeidsmiljø for de ansatte. Dette kan til syvende og sist også bli viktig for brukeren, som får stabile hjelpere som trives med jobben. Imidlertid gir det dårligere grunnlag for bruk av individuell plan, og for fokus på egenmestring og rehabilitering. Deltakerne gir uttrykk for at de føler et ansvar for nasjonale mål som at bruker skal bo lengst mulig hjemme, og at de skal spørres hva som er viktig for dem heller enn hva som feiler dem. Når det gjelder individuell plan, ser det ikke ut til at de har internalisert det fulle og hele ansvar for dette, utover at to av dem sier de skal kunne informere brukere om ordningen. Deres ansatte ser heller ikke ut til å ha internalisert formålene med individuell plan, og med utstrakt selvledelse i daglig arbeid blir da også forutsetningene dårlig for bruk av ordningen. Lederne beskriver at de har fokus på å jobbe pasientsentrert, men altså uten at dette involverer brukers mål eller utstrakte medvirkning.

Studien viser også en utstrakt mangel på insentiver for implementering av individuell plan. Lederne føler ikke på noe press fra ledelsen over seg, administrasjon eller koordinerende enhet om å ta i bruk individuell plan i større grad. Behovet for koordinering ligger da også hos brukeren, og ikke hos tjenesten. Dette kan bidra til at det ikke føles nødvendig å starte opp individuelle planer, til tross for at lederne antar at dette ville vært bra for enkelte brukere. Det fremkommer også at koordinering av individuell plan krever ressurser i form av tid, men også kan oppleves krevende for den som skal være koordinator. Samtidig er det ikke tilført noen ressurser, hverken nasjonalt eller i disse kommunene, for å ivareta ordningen. At manglende insentiver, særlig forankring i administrativ ledelse, kan medføre vansker med bruk av individuell plan, støttes i flere tidligere studier (Bogetun, 2015; Holte, 2014; Rambøll, 2010; Strand, 2016).

Posisjoneringen av brukere som passive, utstrakt selvledelse og manglende insentiver gir samlet dårlig grunnlag for bruk av individuell plan i den kommunale hjemmetjenesten.

7.2 Metodiske overveielser

Kvalitativ forskning er godt egnet for å utforske lederes erfaring med individuell plan, siden vi hadde lite kunnskap om det fra før (Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge Ellingsen og Drageset er høy troverdighet et kjennetegn på god forskning. Sentrale begreper for troverdighet i forskning er validitet (gyldighet/relevans) og reliabilitet (pålitelighet). Intern validitet peker på om man har undersøkt det man skulle og om konklusjonene virker gyldige. Ekstern validitet i kvalitativ forskning handler ikke om at funnene kan overføres til populasjonsnivå (som i kvantitativ forskning), men heller om at man utvider forståelseshorisonten, og løfter data til et teoretisk nivå. Reliabilitet i kvalitativ forskning vises ved en åpenhet og redegjørelse for trinnene i prosessen (Ellingsen & Drageset, 2009).

Målet med denne studien var å belyse praksis rundt individuell plan fra ståstedet til ledere i kommunal hjemmetjeneste. Jeg har ikke funnet andre studier om individuell plan med dette utgangspunktet. Studien bidrar derfor med økt kunnskap om hvordan arbeid med individuell plan erfares, og ikke minst hvordan disse lederne fremstiller noen av aktørene som har en viktig rolle i denne ordningen. Denne studien har for lite utvalg til å overføre resultatene direkte til større populasjoner, for eksempel alle hjemmetjenester. Resultatene fra studien kan likevel ha verdi for andre hjemmetjenester, eller andre som jobber med individuell plan. De utfordringene som belyses kan bidra til å finne retning for tiltak dersom man ønsker å ta i bruk individuell plan i større grad. Studien setter også individuell plan på dagsorden for deltakere og de som leser den. Jeg har forsøkt å vise åpenhet om min prosess gjennom hele oppgaven, for å bidra til reliabilitet.

Bruken av posisjoneringsanalyse har gitt meg en annen vinkel mot temaet enn det jeg har sett i andre studier. Denne måten å analysere på har vært ekstra nyttig for å gi meg mer avstand og objektivitet mot materialet, gitt den forhåndskunnskapen jeg har om IP, og den rollen jeg har rundt ordningen i eget arbeid. Når jeg har lett etter posisjonene som aktørene gis i intervjuene, har jeg nok i større grad forlatt egne forutanelser, enn dersom jeg i større grad skulle velge fokus selv i en tematisk analyse. Jeg mener også at posisjoneringsanalysen har avslørt aspekter ved ledernes erfaringer som ikke nødvendigvis hadde kommet like godt frem med

annen metodebruk. Det at jeg selv er ergoterapeut, mens deltakerne er sykepleiere bidrar også til at jeg har hatt mindre tanker om hvordan virkeligheten ser ut for dem, enn jeg kunne hatt dersom deltakerne også var ergoterapeuter. I tillegg jobber deltakerne som ledere, en posisjon jeg ikke har erfaring med selv. Funnene ser ikke ut til å være i strid med tidligere funn om individuell plan, men bidrar til en utdyping av hvordan ordningen fungerer. Funnene gir også grunnlag for drøftinger rundt hvorfor individuell plan ikke brukes i så stor grad som lovgiverne har lagt opp til.

7.3 Behov for videre forskning og implikasjoner for praksis

Denne studien viser at det er en vei å gå for å sikre at hjemmetjenesten ivaretar idealene om en aktiv og deltakende bruker som får individuell plan etter behov. Den aktive deltakende brukeren er viktig for å sikre bærekraft i tjenestene ved å utnytte ressursene til brukerne fullt ut. Det er imidlertid en mulighet for at kravet om aktive brukere kommer i konflikt med behovet for å ivareta de svakeste. Det kan også komme i konflikt med forhold som bidrar til at ansatte trives og blir værende i helsevesenet, noe som også er viktig for fremtidig bærekraft. Ut fra denne studiens resultater kunne det vært nyttig med videre forskning rundt hvordan dette kan kombineres. Jeg støtter også forskningsrådets (Anvik et al., 2019) anbefaling om ytterligere forskning rundt hvordan tjenestene faktisk arbeider med individuell plan, for eksempel gjennom observasjonsstudier.

Denne studien viser at det mangler insentiver for at hjemmetjenesten skal ta i bruk individuell plan, og det kan være nyttig å se på mulighetene for å forbedre dette. Både konkrete ressurser for å ivareta koordinatorrollen, bedre støtte og pådriv fra kommuneledelsen og økt brukermedvirkning på organisasjonsnivå kan være aktuelle bidrag til dette. Det kan også se ut som det er behov for å adressere den passive rollen brukerne posisjoneres i. Yrkesgrupper som har dette naturlig innfelt i sin profesjon (som for eksempel ergoterapeuter og fysioterapeuter), kunne kanskje bidra til en endring her dersom de får et tettere samarbeid med hjemmetjenesten. I denne studien fremstår andre yrkesgrupper perifere, og tjenestene samarbeider uten å gå over grensene til hverandres profesjonsautonomi. Kanskje kan denne spesialiseringen bidra til at hjemmetjenesten ikke opplever behovet for felles mål? Tettere samarbeid kunne foregå ved å gjøre selve tjenesten mer tverrprofesjonell (ansette flere yrkesgrupper), slik som ofte er tilfellet i tjenester til utviklingshemmede og innen psykiatrien. Et annet alternativ er å satse på team-bygging (som for eksempel integrerte

hverdagsrehabiliteringsteam), eller med et tettere og mer forpliktende samarbeid mellom tjenestene med faste møtepunkter.

Referanseliste

- Andreassen, T. A. (2014). Å overbygge organisatoriske ansvarsgrenser. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s. 122-137). Oslo: Universitetsforlaget.
- Anvik, C. H., Bliksvær, T., Breimo, J. P., Lo, C., Olesen, E. S. B., Sandvin, J. T. & Norges forskningsråd. (2019). *Forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov : kunnskapsnotat* (9788212038158). Lysaker: Norges forskningsråd.
- Bamberg, M. (2004). Form and Functions of 'Slut Bashing' in Male Identity Constructions in 15-Year-Olds. *Human Development*, 47(6), 331-353. 10.1159/000081036
- Bamberg, M. (2011). Who am I? Narration and its contribution to self and identity. *Theory & psychology*, 21(1), 3-24. 10.1177/0959354309355852
- Barry, M. J. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *N Engl J Med*, 366(9), 780-781. 10.1056/NEJMp1109283
- Berven, N., Ludvigsen, K., Christensen, D. A. & Nilssen, E. (2013). *Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene*: Uni Rokkansenteret.
- Blix, B. H. (2017). Analyser av narrativ samhandling. I R. Sørly & B. H. Blix (Red.), *Fortelling og forskning - narrativ teori og metode i tverrfaglig perspektiv* (s. 111-121). Stamsund: Orkana Akademisk.
- Blix, B. H. & Sørly, R. (2017). Introduksjon. I R. Sørly & B. H. Blix (Red.), *Fortelling og forskning: Narrativ teori og metode i tverrfaglig perspektiv* (s. 19-32). Stamsund: Orkana Akademisk.
- Bogetun, G. (2015). *Pasientens behov for tjenester besvares ikke godt nok - fragmenterte tjenester. Organisering av tverrfaglig re-/habilitering i kommunene. En kvalitativ studie av hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i koordinerende enheter* (Masteroppgave). Høgskolen i Østfold, Vadsø.
- Braut, G. S. (2019). LEON. Hentet 17. april fra <https://sml.snl.no/LEON>
- Breimo, J. P., Normann, T., Sandvin, J. T. & Thommesen, H. (2015). *Individuell plan : samspill og unoter*. Oslo: Gyldendal.
- Busch, K. E. T. & Amundsen, I. W. (2021, 11. Januar). Hvordan står det til med likestillingen i Nord-Norge? Hentet 18. April fra <https://salt.nu/innsikt/hvordan-star-det-til-med-likestillingen-i-nord-norges-storste-bedrifter>
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik - Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 261- 277. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04>
- Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag (NEM). (2019, 23. Mai). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2009). *St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Egset, A.-S. (2015). Korleis meistre kvardagen når demens rammar. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* (s. 121-139). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2009). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning : en introduksjon og oversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 10(3), 23-39.

- Fagertun, A. (2018). *The politics of a changing institutional ecology: coordinating and prioritizing healthcare and welfare services in the municipal landscape (ISP)*. Research project. Norwegian Research Council, Project number 296720. Prosjektbanken. Hentet fra <https://prosjektbanken.forskningsradet.no/project/FORISS/296728?Kilde=FORISS&distribution=Ar&chart=bar&calcType=funding&Sprak=no&sortBy=date&sortOrder=desc&resultCount=30&offset=0&Fritekst=296728>
- Fagertun, A. (2022, 10. april). ISP. Et prosjekt for å utvikle feltet tjenesteforskning. Hentet 26. april fra http://omsorgsforskning.no/utgivelser/aarsmeldinger/aarsmelding_2021/produsere/isp_et_prosjekt_for_aa_utvikle_feltet_tjenesteforskning
- Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Delmar, C., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2021). Home-care nurses' distinctive work: A discourse analysis of what takes precedence in changing healthcare services. *Nurs Inq*, 28(1), e12375-n/a. 10.1111/nin.12375
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*.
- Foss, B. & Åbo akademi Socialvetenskapliga, i. (2012). *Ledelse : en bevegelse i ansvar og kjærlighet*. Åbo akademis förlag, Åbo.
- Hansen, T. (2022, 26. januar). New public management. Hentet 17. April fra https://snl.no/New_Public_Management
- Heggen, K. (2015). Rammer for mestring. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* (s. 64-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016a). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016b). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20helse%20og%20omsorgstjenester>
- Helsedirektoratet. (2017a, 10.06.2021). Sjekklister og plan for implementering. Hentet 23. april fra <https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/verktoy/sjekklister-og-plan-for-implementering>

- Helsedirektoratet. (2017b). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2018a, 04. desember 2020). Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne. Hentet 22. mars fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2021a, 16. februar 2021). Evaluering av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Hentet 23. februar fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-habilitering-og-rehabilitering>
- Helsedirektoratet. (2021b). Generell informasjon om verktøyet. Hentet 17. April fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/generell-informasjon-om-verktoyet>
- Helsedirektoratet. (2021c, 24. januar 2022). Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Hentet 22. mars fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjem-for-pasienter-med-kreft>
- Helsedirektoratet. (2021d, 17. juni). Rehabilitering (definisjon og lovforankring). Hentet 01. mai fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/rehabilitering-habilitering-og-individuell-plan/nasjonal-plan-for-rehabilitering-etter-covid-19/om-nasjonal-plan-for-rehabilitering-etter-covid-19/rehabilitering-definisjon-og-lovforankring>
- Helsedirektoratet. (2021e). Utdypende informasjon om bakgrunnen for beregningene i verktøy for bemanning i helsestasjon 0-5 år (bakgrunnsdokumentet). Hentet 17. april fra [https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Utdypende%20informasjon%20om%20bakgrunnen%20for%20beregningene%20i%20verkt%C3%B8y%20for%20bemanning%20i%20helsestasjon%200-5%20%C3%A5r\(bakgrunnsdokumentet\).pdf/_attachment/inline/a494fba3-1947-49c2-bb6c-521ef5fa3651:0dfb6b3896e80151ebf4bc1d7f085758fb0ca36a/Utdypende%20informasjon%20om%20bakgrunnen%20for%20beregningene%20i%20verkt%C3%B8y%20for%20bemanning%20i%20helsestasjon%200-5%20%C3%A5r\(bakgrunnsdokumentet\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Utdypende%20informasjon%20om%20bakgrunnen%20for%20beregningene%20i%20verkt%C3%B8y%20for%20bemanning%20i%20helsestasjon%200-5%20%C3%A5r(bakgrunnsdokumentet).pdf/_attachment/inline/a494fba3-1947-49c2-bb6c-521ef5fa3651:0dfb6b3896e80151ebf4bc1d7f085758fb0ca36a/Utdypende%20informasjon%20om%20bakgrunnen%20for%20beregningene%20i%20verkt%C3%B8y%20for%20bemanning%20i%20helsestasjon%200-5%20%C3%A5r(bakgrunnsdokumentet).pdf/_attachment/inline/a494fba3-1947-49c2-bb6c-521ef5fa3651:0dfb6b3896e80151ebf4bc1d7f085758fb0ca36a/Utdypende%20informasjon%20om%20bakgrunnen%20for%20beregningene%20i%20verkt%C3%B8y%20for%20bemanning%20i%20helsestasjon%200-5%20%C3%A5r(bakgrunnsdokumentet).pdf)
- Helsedirektoratet. (2022, 05. januar). Statistikk for helse- og omsorgstjenester 2020. Hentet 06. januar fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/statistikk-for-helse-og-omsorgstjenester-2020>
- Helsedirektoratet. (u.å.). Ipløs-registeret. Hentet 17. April fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/iplos-registeret>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonellova. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holte, K. M. D. (2014). *Individuell plan og samhandling. En studie om hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten erfarer individuell plan som arbeidsmetode for å fremme samhandling* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.

- Johansen, B. & Solbjør, M. (2012). Brukermedvirkning som "universalmiddel" for helsevesenets problemer. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi - analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 307- 326). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kompetansebroen. (2021, 15. november). "Hva er viktig for deg" - dagen 9. juni. Hentet fra <https://www.kompetansebroen.no/samhandling/hva-er-viktig-for-deg-dagen-9-juni>
- Kunnskapsdepartementet. (2021). *Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)* (Prop. 100 L (2020-2021)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-100-l-20202021/id2838338/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 3. utg. Interview: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvangarsnes, M. (2015). Helsearbeidaren som pedagog. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* (s. 184-200). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Langhammer, B., Madsen, V. H., Hellem, E., Bruusgaard, K. A., Alve, G. & Slettebø, Å. (2015). Working with Individual Plans: users' perspectives on the challenges and conflicts of users' needs in health and social services. *Scandinavian journal of disability research : SJDR*, 17(1), 26-45. 10.1080/15017419.2013.795912
- Lauveng, A. & Skjeldal, E. (2020). *Pasienters og pårørendes erfaringer med individuell plan (IP). Nettundersøkelse høsten 2020.* (IP-rapport): Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/09/IP-rapport_28092020-%C2%A9-Erfaringskompetanse.pdf
- Martinsen, B., Mortensen, A. S. & Norlyk, A. (2018). Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses—a meta-ethnography. *British Journal of Community Nursing*, 23(12), 597-604. 10.12968/bjcn.2018.23.12.597
- Olsen, C. F., Debesay, J., Bergland, A., Bye, A. & Langaas, A. G. (2020). What matters when asking, "what matters to you?" - perceptions and experiences of health care providers on involving older people in transitional care. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 317-317. 10.1186/s12913-020-05150-4
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- Rambøll. (2010). *Perspektiver på god praksis : en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner : rapport, januar 2010.* Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling minoritetshelse og rehabilitering.
- Rasmussen, B. & Vabø, M. (2014). Inneklemmt ledelse. I M. Vabø & S. I. Vabø (Red.), *Velferdens organisering* (s. 94-107). Oslo: Universitetsforlaget.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences.* Los Angeles: Sage Publications.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Ansvar og meistring* (Meld. St. 21 (1998-1999)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/>
- Statistisk sentralbyrå. (2022, 2. Mars). Helse- og sosialpersonell. Hentet 18. April fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell>

- Strand, L. M. (2016). *Ivaretagelse av individuell plan i Oslo kommune: Kvalitativ studie av koordinerende enhet ivaretagelse av ordningen med individuell plan og koordinator i Oslo kommune*. Høgskolen i Sørøst-Norge, Oslo.
- Sægrov, S. (2012). Implementering av individuell plan (IP) for kreftramma. *Vård i Norden*, 32(3), 26-30. 10.1177/010740831203200306
- Sægrov, S. (2015). Sjukepleiars arbeid med individuell plan for kreftramma. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (1), 54-61. 10.4220/Sykepleienf.2015.53406
- Sørly, R. & Blix, B. H. (2017). *Fortelling og forskning : narrativ teori og metode i tverrfaglig perspektiv*. Stamsund: Orkana akademisk.
- Tjora, A. H. (2012). *Helsesosiologi : analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torjesen, D. O. & Vabø, S. I. (2014). Samhandlingsreformen - virkemidler for koordinering. I M. Vabø & S. I. Vabø (Red.), *Velferdens organisering* (s. 138-157). Oslo: Universitetsforlaget.
- UiT Norges arktiske universitet. (u.å. a). Praksis og rammebetingelser for koordinerte og persontilpassede tjenester til personer med langvarige og komplekse tjenestebehov. Hentet 05. april fra <https://uit.no/project/isp>
- UiT Norges arktiske universitet. (u.å. b). Praksis og rammebetingelser for koordinerte og persontilpassede tjenester til personer med langvarige og komplekse tjenestebehov - Medlemmer. Hentet 30. april fra <https://uit.no/project/isp/prosjektgruppe>
- Vabø, M. (2014a). Bakkebyråkratene - der emosjonelt arbeid blir politikk. I M. Vabø & S. I. Vabø (Red.), *Velferdens organisering* (s. 29-46). Oslo: Universitetsforlaget
- Vabø, M. (2014b). Dilemmaer i velferdens organisering. I M. Vabø & S. I. Vabø (Red.), *Velferdens organisering* (s. 11-28). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M. (2014c). Reformtrender og endringsparadokser. I M. Vabø & S. I. Vabø (Red.), *Velferdens organisering* (s. 62-78). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vik, L. J. (2015). Makt og myndiggjering - utfordringar for helse- og sosialarbeidarar. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* (s. 83-101). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Bakken, R. (2013). *Maktens samvittighet : om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Öhrling, T. (2014). Increased Participation Among Cleaners as a Strategy to Improve Quality and Occupational Health. *Nordic journal of working life studies*, 4(3), 79. 10.19154/njwls.v4i3.4181
- Aadnanes, P. M. (2015). Den uavhengige avhengige. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* (s. 223-245). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Før intervjuet starter: Takke deltakeren for at h-n stiller opp.

Presentere meg selv og prosjektet:

Jeg heter Evelyn Solli Thomassen og går på master i helsefaglig utviklingsarbeid. Jeg er ergoterapeut i bunn. Mitt masterprosjekt er knyttet til et større forskningsprosjekt om helse- og omsorgstjenester til personer med langvarige og komplekse behov. Forskningsprosjektet fokuserer på hvordan tjenesteytere i kommunale helse- og omsorgstjenester erfarer muligheter og begrensninger i utøvelse av koordinerte og persontilpassede tjenester til brukerne. Mens mitt masterprosjekt er avgrenset til arbeidet som gjøres rundt bruk av individuell plan og koordinator.

Samtykke og fortrolighet

Vi går gjennom samtykkeerklæringen

Jeg forsikrer om anonymisering. Jeg tar opptak av intervjuet. I etterkant vil jeg transkribere dette til tekst, og da anonymiseres all informasjon, navn byttes ut og personlige kjennetegn fjernes. Jeg lager en kode for hver deltaker slik at data kan slettes hvis du skulle trekke deg i ettertid. Data slettes når Masteroppgaven er godkjent.

Forberedelser til intervjuer

Jeg har gjennomgått anonymiserte utskrifter av fokusgruppeintervjuer som er gjort, av hovedprosjektet, i 4 forskjellige kommuner blant personell i kommunale helse- og omsorgstjenester (hjemmetjenester og korttidsavdelinger). Deler av materialet er innenfor mitt tema. Dette refererer jeg seinere til som «fase 1». Jeg intervjuer nå ledere for ansatte innenfor samme type tjenester, for å få en dypere forståelse for bruk av individuell plan – sett fra et lederperspektiv.

Tema	Spørsmål	Stikkord/hjelpespørsmål
Bakgrunn	Erfaring og kompetanse Beskrive enhet/avdeling Beskrive egen jobb	<ul style="list-style-type: none">• Alder og kjønn noteres• Fagbakgrunn• Når utdannet• Ledererfaring• År i nåværende stilling • Hva slags brukere jobber dere med• Antall ansatte• Type lederstilling (mye ute hos brukere eller mest administrativt?)
Generelt om samarbeidsformer og planer	Hvordan samarbeider dere når det er noen av deres brukere som har sammensatte behov?	<ul style="list-style-type: none">• Har dere rutiner for samarbeid, i så fall hvordan er de?

	<p>Har dere brukere der hvor dere har faste samarbeidsmøter med andre som gir tjeneste til samme bruker?</p> <p>Bruker dere noen typer planer i arbeidet rundt den enkelte brukeren? (annet enn IP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke andre tjenesteytere samarbeider dere ofte med? • Er det noen andre tjenesteytere du tenker dere skulle samarbeidet mer med? • Hvilke planer? • Hvis annet enn IP: – hvordan er de bygd opp – beskriv. Hva kaller dere planene – hvem er det som bruker disse i arbeidet, hvordan er de utformet (hvor detaljert). Stikkord til innhold: brukers mål, resurser, tjenestebehov, hvem gjør hva, oversikt over andre tjenesteytere til bruker. • Blir de evaluert – hvordan – hvor ofte? • Hvis planene inneholder mål: hvem beslutter hva som er målene og prioriterer dem? • Har bruker en rolle i arbeidet med planene?
<p>Bruk av IP</p>	<p>Er det brukere dere gir tjenester til som har individuell plan?</p> <p>Hvordan jobber dere med individuell plan?</p> <p>Hvilken betydning har det for brukerne om de har individuell plan eller ikke?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilken erfaring har du med IP, hvor mange hos dere har hatt IP siste året? • Hvem er det som oppdager det hvis en bruker har behov for IP? • Hvem er det som starter opp en IP hvis det er behov for det? • Har noen av dine ansatte rolle som koordinator? • Hvem er det som bestemmer hvor mye IP skal brukes i deres kommune?

Hva hemmer eller fremmer bruk av IP?	<p>Har du et eksempel på at IP har fungert godt?</p> <p>Har du noen tanker om hva som skal til for at IP skal fungere, både for bruker og ansatte?</p> <p>Ser du noen utfordringer med å bruke individuell plan som verktøy?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hva gjorde at akkurat dette fungerte så godt? • Kunnskap, holdninger eller øvelse? • På systemnivå, Kommuneledelse, Politikere? • Er det praktiske vansker rundt arbeid med IP? (• Er det utfordringer med systemet dere jobber i ift. Å bruke IP? • Er det motforestillinger hos ansatte ift IP og koordinatorrollen? • Hvis det kommer eksempel på negative erfaringer: hvordan løste dere det?
Begreper	Koordinering er et ord som brukes mye, både i nasjonale dokumenter og i intervjuene fra fase 1. Hva legger du i begrepet koordinering innen ditt felt?	<ul style="list-style-type: none"> • Er det en forskjell på organisering og koordinering?
Avslutning	<p>Er det noe du føler er relevant, men som du ikke har fått snakket om, som du vil dele?</p> <p>Kan jeg ta kontakt igjen dersom det er noe som er uklart, eller dersom jeg har oppfølgingsspørsmål?</p>	

Vedlegg 2

Vil du delta i forskning om helse- og omsorgstjenester til personer med langvarige og komplekse behov?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskning på helse- og omsorgstjenester til brukere med langvarige og komplekse behov. I dette skrivet gir vi informasjon om forskningen og hva deltakelse vil innebære for deg dersom du velger å delta.

Om forskningen

Personer med langvarige og komplekse tilstander har ofte behov for et spekter av helse- og omsorgstjenester. Tjenesteutøvelsen kan, i tillegg til å gi gode og riktige tjenester til rett tid, handle om å sikre kontinuitet, lage gode individuelle planer, bidra til å forhindre u hensiktsmessige akuttinnleggelser i sykehus, og å sørge for godt planlagte tjenesteoverganger som gir trygghet for pasienter/brukere og deres nærstående.

Senter for omsorgsforskning Nord, ved UiT Norges arktiske universitet, startet våren 2020 opp to forskningsprosjekter som omhandler tjenester og samhandling omkring personer med langvarige og komplekse behov. Postdoktor Audhild Høyem skal undersøke hvordan tjenesteytere i kommunale helse- og omsorgstjenester erfarer muligheter og begrensninger i utøvelse av koordinerte og persontilpassede tjenester til brukerne.. Postdoktor Jill-Marit Moholt skal undersøke hva som kjennetegner eldre med hyppige akutte innleggelser i somatisk sykehus, og hvordan disse personenes tjenestebehov forstås og møtes i kommunen.

I tilknytning til disse prosjektene, skal Evelyn Solli Thomassen gjennomføre sitt masterprosjekt. Her settes fokuset på hva som hemmer og fremmer bruk av individuell plan og koordinator.

Hvem er ansvarlige for forskningen?

Prosjektleder for begge studiene er professor Cathrine Arntzen. Studiene er knyttet til Senter for omsorgsforskning, nord, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

De som skal intervjues er ledere fra pleie- og omsorgssektoren. Deltakerne skal rekrutteres fra tre kommuner i Nord Norge, og skal ha minimum fem års arbeidserfaring fra helse- og omsorgstjenesten, herav minst ett års erfaring som leder fra den aktuelle kommunen. Deltakerne skal ha erfaring med bruk av individuell plan i sin avdeling.

Vi har henvendt oss til ledere i kommunehelsetjenesten med spørsmål om hjelp til rekruttering av deltakere til forskningsprosjektet. Det er en av dine ledere som har vurdert at du fyller kriteriene for deltakelse, og som har videreformidlet denne forespørselen til deg.

Hva innebærer deltakelse?

Deltakelse innebærer å stille på et intervju med masterstudent Evelyn Solli Thomassen. Hensikten er å få frem erfaringer og kunnskap om hva som hemmer og fremmer bruk av individuell plan. Intervjuet vil anslagsvis ta 1 time, og planlegges gjennomført i oktober 2021. Det blir gjort lydopptak som seinere skrives ut og danner grunnlaget for analyser.

I forbindelse med gjennomføring av intervjuet vil du bli bedt om å oppgi informasjon om din utdanning og arbeidserfaring. I artikler som presenterer resultater fra forskningsstudier kreves det en systematisk oversikt over antall, kjønn, profesjon/utdanning, lengde og type arbeidserfaring hos deltakerne som er intervjuet. Dette skal gi leseren en bakgrunn for å vurdere resultatene som presenteres. Vi ber ikke om informasjon knyttet til områder som helse eller personlige forhold.

Intervjuet blir fortrinnsvis gjennomført over Teams (videosamtale), og det forutsettes at deltaker har tilgang til PC med kamera, mikrofon og høyttalere i et uforstyrret rom.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i studien. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn, og uten at det vil få noen konsekvenser for deg. Du kan da kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Personvern - hvordan vi oppbevarer og bruker opplysningene om de som deltar?

Vi vil kun bruke opplysningene om deltakerne til de formålene vi har presentert i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Navneliste med bakgrunnsinformasjon blir oppbevart i et låst skap på et låst kontor på UiT Norges arktiske universitet. Det utarbeides kode for hver enkelt deltaker som knytter informantens opplysninger til navnelista. Navnelista fungerer som en koblingsnøkkel og er nødvendig dersom noen av deltakerne ønsker å trekke seg fra studien i ettertid og få data slettet. Det er kun Evelyn Solli Thomassen og Audhild Høyem som har tilgang til navnelisten, bakgrunnsinformasjon om deltakerne og lydopptakene.

Når lydopptakene skrives ut blir navn byttet ut med fiktive navn, og eventuelle personlige kjennetegn fjernet. Lydopptak og aidentifiserte utskrifter fra intervjuene oppbevares elektronisk på studentens område med sikker to-faktor pålogging. Oppbevaringen oppfylder alle lovkrav til personvern og sikkerhet. Det vil ikke være mulig å identifisere deltakerne i forskningsartikler eller andre publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lydopptak og personopplysninger slettes etter prosjektslutt som etter planen er våren 2022.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og til å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På siste side finner du samtykkeerklæringen som skal fylles ut, signeres og sendes inn dersom du velger å delta.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket¹.

Mulige fordeler og ulemper

Fordelen med deltakelse er at du får anledning til å dele dine erfaringer, og dermed bidrar til økt kunnskap om helsetjenestens praksis til pasienter og brukere med langvarige og komplekse behov.

Ulempen begrenser seg til tidsbruken.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Dersom du har spørsmål til studien eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

UiT Norges arktiske universitet, ved masterstudent:
Evelyn S. Thomassen, telefon 93069647 E-post: eso012@uit.no

UiT Norges arktiske universitet, ved en av forskerne i hovedprosjektet:
Audhild Høyem, telefon 90547197. E-post: audhild.hoyem@uit.no
Jill-Marit Moholt, telefon 77660701. E-post: jill-marit.moholt@uit.no

UiT Norges arktiske universitet, ved prosjektansvarlig:
Cathrine Arntzen, telefon 92616852. E-post: cathrine.arntzen@uit.no

UiT Norges arktiske universitet ved Personvernombudet:
Telefon: 77646322 eller 97691578. E-post: personvernombud@uit.no

Med vennlig hilsen

Evelyn Solli Thomassen
Student

Audhild Høyem
Forsker

Cathrine Arntzen
Professor, Prosjektleder

¹ Hvis du har spørsmål knyttet til Norsk senter for forskningsdata AS sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med NSD – på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt om helse- og omsorgstjenester til personer med langvarige og komplekse behov ved UiT Norges arktiske universitet, Senter for omsorgsforskning nord

Jeg har mottatt og forstått informasjon om studiene.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles fram til prosjektet er avsluttet

(Navn med blokkbokstaver)

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Kontaktinformasjon for avtale om tid og sted for intervju

e-post	
Telefon	

Signert samtykke (kun denne sida) skannes eller fotograferes og sendes til Evelyn S. Thomassen på epost eller som tekstmelding (sms). De første tre sidene kan du beholde.

e-post: eso012@uit.no

sms til: 930 69 647

Vedlegg 3

Oversikt over tema i analyse

Posisjonering Nivå 1:	Brukere	Passive mottakere
		Aktive deltakere/IP er så bra!
		Nesten ingen har IP
		Spor av medvirkning
	Ansatte	Behov for mer kompetanse
		Bra arbeidsmiljø
		Autonomi/aktive ansatte
		Gir gode tjenester/koordinerer
		Vil ikke være koordinator
		Tidspress
		Informerer ikke om IP
	Pårørende	Pårørende medvirker
		IP er bra for pårørende
		Krevende pårørende
	Samarbeidspartnere	Andre er gode på IP/andre har ansvar for IP
		Gode å ha
Sjelden ledig/ventelister		
Vi samarbeider ikke godt nok med psykiatrien		
Posisjonering Nivå 2	Egen rolle	Jeg deler makt
		Jeg har dårlig tid
		Vi informerer ikke om IP
		Vi koordinerer mye
		Vi oppdager ikke behov for IP
		Vi gir gode tjenester
Posisjonering nivå 3	Systemnivå	Bo lengst mulig hjemme
		Egenmestring
		Hva er viktig for deg?

Vedlegg 4

Dialog med Norsk Senter for forskningsdata (NSD)

Referanse

132901

Melding 14.04.2021 10:07

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

NSD har vurdert endringen registrert 09.04.2021.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 09.04.2021. Behandlingen kan fortsette. En student har blitt tilknyttet prosjektet og vil ha tilgang på aidentifiserte intervjudata.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Sluttvurdering (planlagt)30.04.2024 02:00

Underveisvurdering (planlagt)14.04.2023 02:00

Melding fra Tore Andre Kjetland Fjeldsbø14.04.2021 10:07

Hei Audhild, Vi minner om at så lenge det fortsatt eksisterer en koblingsnøkkel vil aidentifiserte regnes som pseudonyme og som en behandling av personopplysninger. Hvis det er pseudonyme data studenten får tilgang til må prosjektansvarlig ta ansvar for at studenten eventuelt sletter de pseudonyme dataene når oppgaven er levert. Lykke til videre med prosjektet!

Melding fra Audhild Høyem09.04.2021 12:44

Tusen takk! Hilsen Audhild

Melding fra Tore Andre Kjetland Fjeldsbø09.04.2021 09:47

Hei igjen, det tenker jeg skal være tilstrekkelig, og dere trenger ikke kontakte samtlige for å innhente nye samtykker. Beste hilsen, Tore

Melding fra Audhild Høyem08.04.2021 13:10

Hei igjen Tore! Takk for avklarende tilbakemelding. Jeg lurte likevel på om det kan være nødvendig at vi kontakter de 27 deltakerne i gruppeintervjuene for å informere om at en student får tilgang til materialet, all den tid at vi har følgende setning i infoskriv/samtykke under "Personvern - hvordan vi oppbevarer og bruker opplysningene": Høyem og Moholt kan gi tilgang til aidentifiserte utskrifter fra intervjuene til navngitte samarbeidspartnere som de i fellesskap har godkjent. Hilsen Audhild

Melding fra Tore Andre Kjetland Fjeldsbø 06.04.2021 10:54

Hei Audhild, slik vi ser det trenger ikke studenten melde separat så lenge formålet til masterprosjektet, og dets planlagte innhenting og behandling av persondataene, ligger tett opp mot prosjektet deres. Dere bør være oppmerksom på at dersom studenten intervjuer for eksempel pasienter vil utvalgsriteriet innebære at det samles inn helseopplysninger. Dere må informere de registrerte om at en student vil få tilgang til datamaterialet. Mvh Tore A. K. Fjeldsbø NSD

Melding fra Audhild Høyem 29.03.2021 11:14

Hei! En masterstudent skal knyttes til dette prosjektet. Planen er at hun skal få tilgang til, og gjennomgå, intervjudataene som er samlet inn i vårt prosjekt. Så skal hun foreta egne intervjuer der hun går videre på tematikk som er relevant for hennes problemstilling. Vi har tenkt at hun kan meldes inn som prosjektmedarbeider i vårt prosjekt, og gjennom dette få tilgang til aidentifiserte intervjudata, og at hun forholder seg til samme rutiner for datainnsamling, behandling av personopplysninger, og bruker samme samtykkeerklæring for sine egne informanter. Jeg vil inngå som en av hennes veiledere. Hvordan gjør vi det for å koble dette masterprosjektet på vårt prosjekt? Kan vi sende endringsmelding til dette prosjektet, eller må det meldes som eget prosjekt? Hun har beskrevet hvordan hun tenker seg tilknytningen i sin prosjektbeskrivelse, som nå er godkjent av universitetet, men som sjølsagt vil bli jobbet videre med inntil hun starter hoveddelen av arbeidet fra sommer/høst. Men det kan være aktuelt for henne å starte gjennomgangen av våre data allerede i vår når tillatelser er på plass. Jeg kan sende over hennes prosjektbeskrivelse hvis det er ønskelig. Vennlig hilsen Audhild Høyem

