



**Høgskolen  
i Innlandet**

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

**Gunn-Oliv Gottenborg**

## **Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid**

**Implementering av individuell plan for voksne brukere/pasienter  
innen fagfeltet rus og psykiatri  
sett fra leder/mellomlederens perspektiv**

**Implementation of coordinated individual plan for adult  
users/patients within the field of mental health care and substance  
abuse, from the manager/middle manager`s perspective**

Studieprogram 4PM791

Antall ord: 19253

**Mai 2022**

## FORORD

Et spennende to års deltidsstudium nærmer seg slutten. Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid har vært et givende og svært lærerikt studium. Det har også vært tidkrevende ved siden av jobb, familie og hobby, men fordi studiet er bygget opp som det er, har det vært mulig for meg å gjennomføre.

Motivasjonen for studien lå hovedsakelig i at jeg etter 26 år på samme arbeidsplass, valgte å si opp jobben min som spesialsykepleier og seksjonsleder på DPS sengepost. Jeg vurderte at en masterstudie ville kunne åpne opp for et bredere valg på arbeidsmuligheter innen psykisk helsevern. Interessen for og valg av tema *Individuell plan/IP* kom hovedsakelig fra min lange ledererfaring hvor jeg lenge hadde undret meg over at planarbeidet viste varierende praksis. Som leder har ett av mine interesseområder vært å sette læring i system i en organisasjon. Jeg så derfor på denne studien som en mulighet til å se sammenhenger mellom mine ervervede erfaringer og til å tilegne meg ny kunnskap om IP-arbeid og om hvordan ledere/mellomledere i 1. og 2. linjetjenesten ivaretar eller innfører implementering av IP. Målet med studien var at mine funn kunne brukes til å videreføre og utvikle IP-arbeidet i tråd med de intensjoner som dette verktøyet er ment å være.

Vi har gjennom hele studieperioden vært preget av pandemisituasjonen hvor Covid-19 har medført sykdom hos flere studenter og forelesere. Det har blant annet ført til strenge restriksjoner i fht fysisk oppmøte på skolen, - noe som har bidratt til at vi sjelden har kunnet møtes fysisk til klasseromsundervisning. Mange forelesninger, framlegg og gruppearbeid har derfor foregått via ZOOM. Likedan har flere skoleeksamener blitt endret og avholdt som hjemmeeksamen. Jeg må si det er beundringsverdig hvordan Høgskolen i Innlandet har sørget for god ivaretagelse av oss studenter og tilretteleggelse for kvalitet på undervisningen til tross for de prøvelser og ulemper pandemisituasjonen har medført. Min opplevelse er at det til tross for utfordringene, ikke har svekket kvaliteten på undervisning, faglig innhold og studieprosess.

Jeg vil benytte anledningen til å takke alle informanter som tok meg vel imot, avsatte tid i en travel arbeidshverdag og delte av sine erfaringer rundt planarbeidet. Med avstand, munnbind og andre nødvendige smittetiltak ble alle intervjuene gjennomført etter planen. Deres deltakelse var avgjørende for å gi nødvendig datamateriale til studien.

I tillegg vil jeg få takke min eminente veileder, Sigrid Helene Kjørven Haug, for trygg og god losing gjennom hele forskningsprosessen. Hun har bidratt til nyttige refleksjoner og tydelighet rundt det overordnede helsefaglige perspektivet. Hun har vært til uvurderlig hjelp og støtte gjennom arbeidet med denne oppgaven.

Jeg vil også få takke alle medstudenter på kullet som jeg har hatt et godt samarbeid med gjennom hele studietiden. Selv om vi ikke har kunnet møtes så ofte «face-to-face» har det vært lærerikt og inspirerende å dele kunnskap, erfaringer, tanker, gleder og frustrasjoner med dere alle. Takk for innspill, nyttig refleksjonsdeling, lykkeønsker og applaus!

Til slutt vil jeg takke nær familie og venner for all tålmodighet, hjelp, støtte og forståelse dere har vist meg gjennom disse to årene. Takk for at dere har trua på meg! Det har til tider vært krevende prioriteringer. Nå gleder jeg meg til å hente tilbake hverdagslivet hvor rollene som kone, mor, svigermor og ikke minst farmor skal vektlegges i større grad.

## FORKORTELSER OG BESKRIVELSER

- **ACT** er en modell for å gi oppsøkende, helhetlige og samtidige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer. ACT står for Assertive Community Treatment, også i Norge (Helsedirektoratet, 2015)
- **FACT** står for Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til aktiv oppsøkende behandling. FACT-modellen er utviklet via praktisk erfaring med ACT-modellen (Helsedirektoratet, 2015)
- **PAKKEFORLØP** for psykisk helse og rus ble utarbeidet fra Helsedirektoratet med mål om implementering som nasjonale tiltak i perioden 2018-2020. Det omhandler et mål om å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til mennesker med utfordringer innen rus og psykisk helse. Samhandling mellom fastlege, kommune, spesialisthelsetjeneste og andre relevante aktører er sentralt (Helsedirektoratet, 2018)
- **LAR** står for Legemiddelassistert Rehabilitering hvor substitusjonslegemidler inngår som et av flere tiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp
- **PLO** er en forkortelse for pleie- og omsorg og er kryptert digitalt e-meldingsverktøy som benyttes for kommunikasjon mellom blant annet den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- **SamPro** er et elektronisk verktøy som er ment å skulle lette samarbeidet rundt IP-arbeid. Verktøyet er både en kommunikasjonsplattform og et elektronisk møtested for alle som er involverte i planarbeidet. Det er den enkelte kommune som anskaffer og er ansvarlig for bruken av SamPro.

## SAMMENDRAG PÅ NORSK

<b>Navn:</b> Gunn-Oliv Gottenborg	<b>Dato:</b> Mai 2022
<b>Tittel og undertittel:</b> Implementering av individuell plan/IP for voksne brukere/pasienter innen fagfeltet rus og psykiatri sett fra leder/mellomleders perspektiv. En studie som beskriver lederes erfaringer med implementering av IP i 1. og 2. linjetjenesten.	
<b>SAMMENDRAG</b>	
<p><b>Bakgrunn:</b> Sosial- og helsedepartementet vurderte på slutten av 1990-tallet at samhandling mellom tjenestene innen rus og psykisk helse var oppstykket og trengte å styrkes. Likeså ønsket man et økt fokus på brukervedvirkning. Med bakgrunn i blant annet <i>Stortingsmelding 25</i> og <i>Opptrappingsplanen</i> ble det i Norge i 2001 lovfestet at mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få initiert en individuell plan. Dette var ment som et verktøy for å ivareta brukervedvirkning og samhandling på tvers av linjer og etater. Rapporter, undersøkelser og egenerfaring viser ulike praksiser på hvordan IP-arbeidet ivaretas. Hensikt med studien er å utforske hvordan ledere/mellomledere i 1. og 2. linjetjenesten, som i sin kraft av å være helsearbeider, erfarer arbeidet med å implementere IP til de som rettmessig har krav på det, samt hvordan kunnskap kan deles slik at IP blir initiert og brukt slik det er ment jfr gjeldende lover og forskrifter.</p>	
<p><b>Problemstilling i studien:</b> Hvilke erfaringer har ledere i 1. og 2. linjetjenesten innen psykisk helsevern i arbeidet med Individuell plan/IP for voksne brukere?</p>	
<p><b>Metode:</b> Studien anvendte kvalitativ metode med induktiv tilnærming. I alt ble syv informanter fra regionen Helse Sør-Øst med for en semistrukturert intervjuguide. Analysestrategien var systematisk tekstkondensering som er utviklet av Malterud.</p>	
<p><b>Resultater:</b> Det fremkom erfaringer med at ingen andre planer eller verktøy kan ivareta brukervedvirkning og sikre gode samhandlingsrutiner på tvers av linjer og etater så godt som en praktiserende. Hovedfunnene om hva som påvirker implementeringsarbeidet kan knyttes til:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Informasjonssystemer i IP-arbeid</li><li>2) Ledelsesforankring, systemets krav og overordnede føringer</li><li>3) Brukervedvirkning</li><li>4) Ser nytten, men mange komplekse barrierer</li></ol>	
<p><b>Konklusjon:</b> Funnene kan tyde på at det ikke er planen i seg selv som er utfordringen, men at det i implementeringsarbeidet er komplekse barrierer. IP-arbeidet må være tydelig forankret i fag- og toppledelse slik at ledere/mellomledere får det nødvendige rammeverket til å ivareta et godt og nødvendig implementeringsarbeid. Det bør vurderes hvorvidt det elektroniske verktøyet SamPro er det best egnede, eller om papirversjonen er å foretrekke.</p>	
<b>Nøkkelord:</b> Individuell plan, implementering, helsepersonell, mellomledere, psykisk helsevern, brukervedvirkning.	

## SUMMARY IN ENGLISH

<b>Name:</b> Gunn-Oliv Gottenborg	<b>Date:</b> May 2022
<b>Title and subtitle:</b> Implementation of coordinated individual plan for adult patients within the field of mental illness and substance abuse, from the manager/middle manager's perspective. A study describing managers' experiences with implementation of coordinated individual plan in the 1st and 2nd line treatment.	
<b>ABSTRACT</b>	
<p><b>Purpose:</b> In the late 1990s, the Social- and Health Department considered the interaction between mental health treatment and substance abuse treatment to be fractured and in need of strengthening. Likewise, there was increased focus on user involvement. In 2001, based on the white paper "St.meld. nr. 25" and the Norwegian government's escalation plan for mental health treatment "Opptappingsplanen", it was legislated that patients in need of long-term and coordinated treatment have the right to a coordinated individual plan (CIP). It's intent was to practise CIP as a tool to safeguard user involvement and interaction across treatment departments and divisions. Reports and studies, as well as the 1. authurs self-experience, reveal different practises on how CIP is carried out and handled across departments. The purpose of this study is to explore how managers/middle managers in the 1st and 2nd line treatment, who by virtue of being a health care professional, experience the work of implementing CIP to those who are rightfully entitled to it. As well as how knowledge on CIP can be shared so that it's initiation and practice is carried out and used as the Norwegian government legislation was intended.</p> <p><b>Research question:</b> What experiences do managers in the 1st and 2nd line treatment within the mental health treatment have in the work on CIP for adult patients?</p> <p><b>Method:</b> The study used a qualitative method with an inductive approach. A total of seven informants from the regional health trust "Helse sør-øst" were included for a semi-structured interview. The analysis strategy was systematic text condensation, which was developed by Malterud.</p> <p><b>Results:</b> Experience emerged from the data that no other plan or tool than a practicing CIP can safeguard user involvement and ensure optimal interaction routines across departments. The main findings in what influence the CIP implementation practise can be linked to:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Educational and informational systems in CIP work.</li><li>2) Management anchoring, system requirements and guidelines.</li><li>3) User involvement.</li><li>4) Utility acknowledgement, although many complex barriers</li></ol> <p><b>Conclusion:</b> The findings may indicate that it's not the CIP itself that is challenging, but that the implementation practise is surrounded by complex barriers. The CIP practise must be rooted in the leadership of the senior management so that managers/middle have the necessary framework to ensure optimal implementation practise. It should be considered whether the online tool SamPro is the most suitable, or whether the paper version is preferable.</p>	
<b>Key words:</b> Integrated care, case management, care management, mental health services, multidisciplinary care team.	

# Innholdsfortegnelse

FORORD

FORKORTELSER OG BESKRIVELSER

SAMMENDRAG på norsk og engelsk

1	INNLEDNING .....	1
1.1	Introduksjon .....	1
1.2	Overordnet perspektiv.....	3
1.3	Retningslinjer tilknyttet studiens forskningsspørsmål .....	4
1.4	Studiens hensikt og problemstilling .....	5
1.5	Forforståelse .....	6
1.6	Presisering av sentrale begreper.....	7
1.6.1	Brukermedvirkning .....	7
1.6.2	Første- og andrelinjetjenesten .....	7
1.6.3	Psykisk helse.....	8
1.6.4	Psykisk helsearbeid .....	9
1.6.5	Avgrensninger.....	10
2	TEORI .....	11
2.1	Individuell plan .....	11
2.2	Bakgrunn for innføring av individuell plan.....	12
2.3	Helsepersonellens og ledernes plikt og ansvar i arbeid med IP.....	13
2.4	Lov og rammeverk for brukermedvirkning .....	14
2.5	Erfaringer i IP-arbeidet .....	15
2.6	Implementeringsarbeid .....	16
2.7	Kompetanseutvikling som virker.....	19
3	METODE.....	22
3.1	Design .....	22
3.2	Systematisk tekstkondensering.....	22
3.3	Det pragmatiske og fortolkende paradigme .....	23
3.4	Kvalitativ induktiv tilnærming .....	24
3.5	Planlegging og gjennomføring av intervjuene .....	25

3.5.1	Utvalgsprosess og beskrivelse av informantene .....	26
3.5.2	Gjennomføring av intervjuene .....	27
3.6	Transkribering og analyse .....	28
3.6.1	Analysens fire trinn .....	29
3.7	Etiske retningslinjer .....	30
3.7.1	Informert samtykke og konfidensialitet.....	31
3.7.2	Konsekvenser .....	32
3.7.3	Refleksjon rundt egen rolle .....	33
3.8	Metodediskusjon.....	34
3.8.1	Reliabilitet .....	34
3.8.2	Validitet.....	34
3.8.3	Generaliserbarhet.....	36
3.8.4	Konsistens og variasjonsbredde .....	36
4	RESULTAT.....	38
4.1	«Informasjon er risikosport» og krever gode systemer .....	38
4.2	IP-arbeidet forankret i ledelsen, men skjøvet til side av systemets krav og overordnede føringer.....	40
4.3	Ulik erfaring rundt brukermedvirkning.....	42
4.4	Ser nytten med IP, men det er mange komplekse barrierer .....	44
5	DISKUSJON .....	47
5.1	Informasjonssystemer i IP-arbeidet .....	47
5.2	Ledelsesforankring, systemets krav og overordnede føringer.....	49
5.3	Brukermedvirkning .....	51
5.4	Ser nytten, men mange komplekse barrierer .....	52
5.5	Implikasjoner for praksis og politiske satsninger .....	55
5.5.1	IP-arbeid i lys av implementering og politiske satsninger.....	55
5.5.2	IP-arbeid i lys av psykisk helse og psykisk helsearbeid .....	55
5.5.3	IP-arbeid i lys av kompetanseutvikling.....	56
5.6	Forslag på videre forskning .....	56
6	KONKLUSJON .....	57



Figur 1: Modell for kunnskapsbasert praksis

Figur 2: Rammeverk for implementering

Figur 3: Illustrasjon av hermeneutisk spiral

#### VEDLEGG

VEDLEGG A: Meldeskjema og vurdering fra NSD

VEDLEGG B: Brev til informanter og samtykkeerklæring

VEDLEGG C: Intervjuguide

VEDLEGG D: PICO-skjema

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Introduksjon

En individuell plan er et verktøy som skal sikre at bruker/pasient får tilrettelagt sine helhetlige tjenestetilbud som bruker/pasient har rett på. Tilbudene skal være godt koordinerte og tilpasset den enkelte bruker/pasient. Individuell plan/IP skal sikre at bruker/pasient får medvirke i planarbeidet, og at man sammen jobber mot bruker/pasientens egne mål. Lov om IP ble i Norge fremmet i 2001 og er regulert i blant annet pasient og brukerrettighetsloven § 2-5 (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Bakgrunnen for lovbestemmelsen ble knyttet til vurderinger av at samhandling mellom tjenestene var oppstykket og trengte å styrkes, samt at man ønsket fokus på brukermedvirkning (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Dette utdypes mer i teoridelen hovedpunkt 2.1.

I Stortingsmelding nr 25 (1996-97) «Åpenhet og helhet» belyses behovet for å styrke tiltak for å forebygge psykiske lidelser og psykososiale problemer. Det blir blant annet foreslått å styrke forskning, kompetanse og spre informasjon som virkemidler for måloppnåelse. Viktigheten av brukermedvirkning og samarbeid på tvers av linjer og etater understrekes som prioriterings- og fokusområder (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Individuell plan/IP ble fremlagt som et lovbestemt verktøy i denne forbindelse, og ble i 2001 forankret i blant annet pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). IP-arbeidet kan også sees i sammenheng med definisjonen av begrepene *psykisk helse* og *psykisk helsearbeid*, og presiseres ytterligere i underpunktene 1.6.3 og 1.6.4.

Verdens helseorganisasjon har tidligere vist til forventninger om at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020 (Helsedirektoratet, 2014). Det nødvendige samarbeidet mellom tjenestene og tjenestenivåene belyses blant annet i Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» (2014), og underbygger nytteverdien av en initiert og praktiserende IP.

Med mange års erfaring som spesialsykepleier innen psykisk helse og rusfeltet, har jeg, både fra 1. og 2. linjetjenesten, erfart varierende praksis rundt den lovbestemte retten til individuell plan/IP. Dette dannet bakgrunnen for mitt valg av tema.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 står det at «*Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet IP*» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette er utdypet i veilederen for individuell plan for psykisk helse (voksne) hvor den lovhjemlede rettigheten også omfatter hjelpeapparatets plikt til å utarbeide en slik plan (SINTEF Helse & Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Utarbeidelse av IP er hjemlet i en rekke lover; kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, lov om sosiale tjenester § 4-3a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og i psykisk helsevernloven § 4-1 (SINTEF Helse & Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Formålet med individuell plan er at man via samarbeid og tydelig koordinering og ansvarsfordeling mellom helsetjenestene, skal bidra til at den enkelte bruker får et helhetlig og tilpasset tjenestetilbud. Planarbeidet skal også sikres via brukermedvirkning og samordning med eventuelle andre planer som foreligger (Individuell plan for psykisk helse (voksne). Verktøy for planlegging og samhandling, SINTEF Helse med støtte fra Sosial og helsedirektoratet, oktober 2004). I en individuell plan kan man for eksempel fokusere på botilbud, behandling, støtte, oppfølging i hverdagen og aktivitets- og fritidstilbud (Lauveng, 2017).

Egen erfaring tilsier at det er blitt brukt mye ressurser på opplæring og på å utarbeide lokale IP-maler tilpasset den enkelte kommune eller institusjon uten at det nødvendigvis har ført til de ønskede resultat i forhold til gjeldende forskrifter. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan settes på prøve, og man kan erfare at de helhetlige tjenestene ikke alltid oppleves godt integrerte for pasienter/brukere. Dette underbygges blant annet i rapporten «Pasienters og pårørendes erfaringer med individuell plan (IP). Nettundersøkelse høsten 2020» (Lauveng & Skjeldal, 2020). Rapporten avdekker flere svakheter i planarbeidet. Likedan vurderte Wisløff-utvalget i 2005 innføringen og den praktiske bruken av individuell plan som mangelfull (Wisløff, 2005). Oppsummering av et landsomfattende tilsyn i 2007 vedr kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser viser at interessen for bruk av IP hos fagfolk er moderat, - noe som ifølge tilsynsrapporten blant annet kan knyttes til utfordringer rundt manglende styring av tjenestetilbudet hos øverste administrativ ledelse (Helsetilsynet, 2008).

IP-arbeid omhandler brukerens rett til påvirkning i eget planarbeid og nødvendigheten av samhandling på tvers av linjer og etater. I denne studien regnes *IP-arbeid* som alt arbeid som omfatter all juridisk og organisatorisk ivaretagelse av pasienters/brukeres rett til individuell plan. Flere kommuner og sykehus har utfordringer rundt å innfri planarbeidet. Erfaring og

forskning viser til krav om at flere ulike forutsetninger må oppfylles for å lykkes (Bakke, 2011). For å ivareta IP-arbeidet slik lovverket beskriver, kreves et godt implementeringsarbeid hvor forskningskunnskap skal omsettes til praksis. Dette er i de fleste helseinstitusjoner en del av leder/mellomleders kjerneoppgaver og vil bli utdypet i hovedpunkt 2.6.

Fra den svenske artikkelen «*Den koordinerte individuelle planen – er dette en løsning for komplekse organisasjoner å håndtere komplekse behov?*» viser resultatene at Samordnet Individuell Plan (SIP) synliggjør uklar motivasjon, at SIP kun hovedsakelig brukes til dokumentasjon og kortsiktig planlegging, og at bruk av SIP og deltakelse i SIP synes å være ujevnt (Matscheck, Piuva, Eriksson & Åberg, 2019). Forfatterne stiller spørsmål rundt om SIP er en optimal form for samarbeid, og antyder at mere utpregede modeller som for eksempel tverrfaglige team kan være mer effektive. Med bakgrunn i sammenligning fra et naboland er det grunn til å tro at funn fra denne studien også vil være relevant til bruk i andre nordiske land.

## 1.2 Overordnet perspektiv

Det finnes en rekke forskningsdata rundt IP som verktøy, men man kan oppleve noe manglende kunnskap rundt hvordan IP-arbeidet ivaretas og erfares fra lederperspektivet. Ledere/mellomledere i 1. og 2. linjetjenesten innen psykisk helsevern er alle helsearbeidere, og har i kraft av å yte helse- og omsorgstjenester plikt til å informere om IP og delta i utarbeidelse av planen til brukere som etter pasient- og brukerrettighetsloven har krav på tjenester (Helsepersonelloven, 1999).

Med bakgrunn i funn fra relevante rapporter og artikler, egenerfaring og forforståelse, ønsker jeg med denne studien å finne mer ut av ledere/mellomlederes erfaring med IP-arbeid, påvirkende faktorer og om det er identifisert noen barrierer i planarbeidet. Jeg ønsker å fokusere på erfaringsbasert kunnskap om implementering sett fra leders ståsted. Et godt implementeringsarbeid er viktig for at en individuell plan skal ha den funksjon og hensikt den er ment å skulle ha. Dersom IP-arbeidet er godt implementert i avdelingen/organisasjonen vil det kunne sikre brukermedvirkning og nødvendig nyttiggjørelse av tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Dette er viktig for at brukere/pasienter innen psykisk helsevern skal få ivaretatt sine tilpassede tjenester jfr blant annet pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Studien kan knyttes til de kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Det er anbefalinger som bygger på forskningsbasert kunnskap, pasientenes/brukernes erfaringer samt erfaringsbasert kunnskap knyttet til ønskede og uønskede konsekvenser av foreslåtte tiltak. Dette kan illustreres i følgende modell:



Figur 1. Modell for kunnskapsbasert praksis (Helsedirektoratet, 2012).

Studien bygger på erfaringsbasert kunnskap, den kliniske erfaringen, hvor datamaterialet ble innhentet fra de deltagende informantene.

### 1.3 Retningslinjer tilknyttet studiens forskningsspørsmål

I Helsedirektoratets rapportering på status og framgang for Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020 står det blant annet:

1. «det må tydeliggjøres arbeids- og ansvarsfordeling på psykisk helse» (s. 13),
2. «vi må gjennomføre tiltak som styrker brukervedvirkning og øker kunnskapen om brukernes opplevelse» (s. 18) og

3. «*psykisk helsevern er preget av en kultur for læring på tvers. De ansatte spør rutinemessig: «Hva kan vi lære av hverandre? Og «Hvem kan vi dele denne kunnskapen med?»» (s. 31).*

(Helsedirektoratet, 2020a).

Disse tre punktene rundt blant annet ønsket måloppnåelse ble opplevd som relevant for min forskning rundt IP-arbeid, og ble derfor brukt som et utgangspunkt for formulering av problemstillingen. Det ble også brukt som et bakteppe da intervjuguiden skulle utformes i forhold til de områder jeg ønsket å studere. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 3.

#### 1.4 Studiens hensikt og problemstilling

Denne studiens hensikt var å innhente kunnskap om ledere sine erfaringer med implementeringsarbeidet med IP fra 1. og 2. linjetjenesten. Kunnskapen vil kunne være nyttig for å styrke IP-arbeidet slik at planen kan fungere som det verktøy det er ment å skulle være i henhold til lovverket. I lys av dette ble problemstillingen følgende:

***«Hvilke erfaringer har ledere i 1. og 2. linjetjenesten innen psykisk helsevern i arbeidet med Individuell plan/IP for voksne brukere?»***

I denne studien var «*brukere*» rettet mot personer eller pasienter som var i behov av helsehjelp grunnet utfordringer innen rus og psykisk helse. Begrepet «*voksne*» omfattet her mennesker over 18 år. «*Leder*» omfattet av personer som var ansatt i 1. eller 2. linjetjenesten innen fagfeltet rus- og psykisk helsetjeneste med et særskilt ansvar for ett eller flere av områdene økonomi, fag, personal og drift, herunder implementering av individuell plan. Ledere i denne studien kan også defineres som *mellomledere* og som jobbet nærmest behandlerne og brukerne/pasientene. Studiens begrep «*erfaring*» kan forklares med hva lederne hadde av konkrete opplevelser tilknyttet implementering og arbeid med individuell plan. Jeg forstår begrepet bredt og var ute etter å favne den kompleksiteten som jeg er kjent med at finnes. Erfaringene kan sees i sammenheng med lederansvaret, eventuelle barrierer i planarbeidet eller i implementeringsrutinene og om man kan synliggjøre erfaringer som kan

bidra til kunnskapsdeling på tvers av linjer og etater. Dette tematiseres i intervjuguiden (vedlegg C).

## 1.5 Forforståelse

Med godt over 25 års sykepleiepraksis innen offentlig psykisk helsevern har jeg kunnet følge utviklingen fra 2001 hvor lov om IP kom og fram til i dag, over 20 år senere. Jeg har som mangeårig leder ved DPS døgnpost vært med å implementere IP i daglig drift. Dette har hovedsakelig blitt ivaretatt via ekstern og intern opplæring, tilpassede avdelingsrutiner, informasjonsbrosjyrer, fokus i ledergrupper og som tema i tverrfaglige samarbeidsmøter. Jeg har i dette arbeidet undret meg over hvorfor IP-arbeidet allikevel ikke er blitt optimalt etterlevd i hht gjeldende føringer. Egenerfaring tilsa at ledere/mellomledere av ulike årsaker ikke prioriterte implementering av IP i like stor grad nå som tidligere. Jeg har erfart at pasienter ikke er blitt informert om hva IP er og hvilke rettigheter de har i IP-arbeidet, at helsepersonell ikke har hatt kunnskap om IP og at avdelingsrutiner ikke har vært tilrettelagt slik at IP-implementeringsarbeidet er blitt fokusert på eller fulgt opp. Den senere tid har jeg som behandler i kommunehelsetjenesten også erfart at IP-arbeidet ikke framsnakkes særlig, annet enn ved etterspørsel i enkelte pålagte dokumentasjonsmaler og ved registreringsarbeid fra kommunal koordinatoransvarlig. Jeg har også noen (få) erfaringer på at der hvor IP var initiert og brukt i hht forskrifter, er det blitt opplevd som nyttig hos både pasient og tjenesteapparatet rundt. Jeg undret meg derfor over hvorfor ikke IP-arbeidet ble bedre ivaretatt og fokusert på i både 1. og 2. linjetjenesten. Min forforståelse var at IP med tiden er blitt nedprioritert da andre planer, brukerundersøkelser og registreringsverktøy er blitt mer gjeldende. Jeg undret meg over om f.eks pakkeforløp, FACT og ACT-team har bidratt til at fokuset på IP er blitt redusert. Jeg var også av den oppfatning at ledere/mellomledere både i kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten er blitt så nedtynget av ulike endrings- og implementeringsprosesser, at IP-arbeidet av den grunn er blitt nedprioritert. Min ledererfaring tilsier at alt implementeringsarbeid må være godt forankret i fag- og toppledelse, og at det preges av organisasjonens struktur, kultur og rammebetingelser. Tilbakemeldinger fra kolleger forsterket min forforståelse ved at de uttrykte at det ofte blir en «terskel» å skulle utarbeide individuell plan, at det kreves merarbeid og at det var utfordringer rundt samordning og rolleavklaring – noe som gjorde det vanskelig å få planen til å bli et «levende dokument» og ikke bare en formalitet som ligger i en skuff.

Min erfaring var at man de første årene etter at lov om IP kom, ble ivaretagelse av informasjon om IP-rettigheter til brukere/pasienter og pårørende høgt prioritert. Man utarbeidet en rekke lokale maler tilpasset det enkelte arbeidssted både i 1. og 2.linjetjenesten. Videre erfarte jeg at planarbeidet med årene har sildret ut og at IP-arbeid ikke i like stor grad er blitt fokusert på og ivare tatt etter gjeldende lovverk.

## 1.6 Presisering av sentrale begreper

### 1.6.1 Brukermedvirkning

IP-arbeid omhandler brukerens rett til medvirkning i egen behandling og vil derfor være sentralt i denne studien. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som ikke kan velges bort. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 står det: «*Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.....Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon*» (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Brukermedvirkning er gjeldende for alle pasienter og brukere uavhengig om de har fysiske eller psykiske helseplager. Det skilles på brukermedvirkning på individnivå og brukermedvirkning på systemnivå. Hensikten med brukermedvirkning på individnivå er at helsepersonell skal lytte til brukerens (og evt pårørendes) ønsker, og samarbeide om å utarbeide en tilpasset og målrettet plan for behandlings- og/eller omsorgstilbudet (Lauveng, 2021). Brukermedvirkning på systemnivå kan forklares med brukernes rett til å påvirke tjenestene. Dvs at brukerorganisasjoner og enkeltbrukere kan sende inn hørings svar til åpne høringer i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget og man kan bli invitert til å delta i lovarbeid og utarbeidelse av nye planer og reformer for helsetjenesten (Lauveng, 2022). Denne studien fokuserer på brukermedvirkning på individnivå.

### 1.6.2 Første- og andrelinjetjenesten

Førstelinetjenesten ligger innunder det kommunale ansvaret. I helse- og omsorgstjenesteloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., kapittel 3 står det at «*kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.... Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne*» (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).



Denne studien inkluderer erfaringer fra det kommunale tjenestetilbudet som omfatter samtaletjenester, dagtilbud, boenheter, gruppetilbud og oppsøkende virksomhet.

Andrelinjetjenesten tilhører spesialisthelsetjenesten og ligger på nivået over det kommunale tjenesteapparatet. I lov om spesialisthelsetjenesten m.m., spesialisthelsetjenestelovens kapittel 2, § 2-1 står det at «*Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig helsehjelp*». Videre kan man i kapittel 2-1 a lese at «*Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon...*» (spesialisthelsetjenesteloven, 1999). I denne studien knyttes 2. linjetjenesten til Distriktpsykiatrisk senter (DPS) poliklinikk, Distriktpsykiatrisk senter (DPS) sengepost og Avdeling rus og avhengighet (ARA) poliklinikk.

Informantene i studien kommer fra både 1. og 2. linjetjenesten og representerer de to hovedtjenesteområdene i offentlig psykisk helsevern.

IP-arbeidet omhandler samarbeid mellom roller, linjer og etater. *Første- og andrelinjelinjetjenesten* er derfor sentrale begrep i problemstillingen da studien ønsker å belyse samhandling på tvers av tjenestenivåene. IP er ment å skulle bidra til å sikre kommunikasjon og samhandling på tvers av linjer og etater, samt å sikre overføringsverdi av planen.

### 1.6.3 Psykisk helse

Studien omhandler tjenester for mennesker med psykiske lidelser, og begrepet *psykisk helse* er derfor relevant.

Verdens helseorganisasjon definerer psykisk helse slik:

*«Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community» (Acha, 2019).*

Informanter i denne studien var ledere som i sin kraft av sin stilling hadde et overordnet ansvar for at den virksomheten de ledet støttet og fremmet brukeres/pasienters psykiske helse. Definisjonen ovenfor viser hvor omfattende denne oppgaven kan være. IP kan sees som et redskap som nettopp kan styrke brukeres/pasienters muligheter og hjelpe dem til å håndtere stressituasjoner i livet. Definisjonen er derfor relevant med tanke på lederes erfaring med IP på individnivå.

#### 1.6.4 Psykisk helsearbeid

Studiens problemstilling knyttes til tjenester innen psykisk helsearbeid, som defineres slik:

*«Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forholdet i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiserings-prosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø» («Vi bærer psykisk helsearbeid videre», 2008).*

I denne studien er psykisk helsearbeid relatert til lederes erfaringer med IP i 1. og 2. linjetjenesten. Lederne har ansvaret for helsepersonell som er tverrfaglig sammensatt og IP-arbeid gjelder for alle profesjoner. På et overordnet nivå har lederne et ansvar for at virksomheten bidrar til «å fremme og bedre menneskers psykiske helse», slik definisjonen ovenfor vektlegger. Dette er i tråd med definisjonen av psykisk helse i underpunkt 1.6.3. Det å utforske hva det vil si å fremme og bedre brukeres/pasienters psykiske helse, ble i denne studien relatert til lederes erfaringer med IP. Dette verktøyet er utviklet for å styrke forutsigbarhet og trygghet for brukere/pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Å tilrettelegge for utvikling av forutsigbarhet og trygghet er grunnleggende i arbeidet med å fremme og bedre deres psykiske helse, jfr definisjonen over. Brukermedvirkning er også sentralt i dette arbeidet, jfr hovedpunkt 2.4.

Det vil i denne studien ikke skilles på begrepene *bruker* og *pasient*.

### 1.6.5 Avgrensninger

Jeg har valgt implementeringsteori som det mest sentrale fagområde i denne studien. Dette fordi en godt forankret og praktiserende IP forutsetter god kvalitet på implementeringsarbeidet. Det finnes en mengde forskningsbasert internasjonal litteratur om både individuell plan og implementeringsarbeid. Det er et stort fagfelt og jeg måtte gjøre bevisste avgrensninger i forhold til problemstillingen. De nødvendige avgrensningene medførte at jeg valgte å prioritere hovedsakelig norsk/nordisk litteratur rettet mot det overordnede tema for oppgaven; ledere/mellomlederes erfaring rundt IP-arbeid, implementeringsarbeid og mot de funn som fremkom underveis.

## 2 TEORI

I dette kapittelet vil det først bli redegjort for bakgrunnen for innføring av individuell plan. Deretter vil helsepersonellens og ledernes plikt og ansvar i arbeid med IP bli presentert. Lov- og rammeverk for brukermedvirkning vil bli belyst, før det kort blir gjort rede for retningslinjene som tilknyttet valg av studiets forskningsspørsmål. Jeg vil dernest gjengi noen erfaringer fra IP-arbeidet før jeg presenterer teoretisk rammeverk for implementeringsarbeid, og hvordan det er gjeldende i lederes IP-arbeid. Til slutt vil jeg belyse et rammeverk for kompetanselæring i en organisasjon.

I tillegg til pensumlitteratur ble det innhentet teori fra relevante fagartikler, lovverk etc. Som hjelp til å spisse søk etter aktuell teori ble PICO-skjema benyttet (vedlegg D). Det ble gjort søk via biblioteket i Høgskolen i Innlandet (HINN bibliotek) videre til blant annet Helsebiblioteket, Oria, Cinhal og SweMed+.

### 2.1 Individuell plan

En IP skal sammenfatte behov og tjenester og gi en oversikt på *hvorfor* bruker trenger IP, et *tidsperspektiv* på varighet av tjenestene, *hvem* som deltar og *hva* de skal gjøre, *hvilke tiltak* bruker trenger, samt *hvordan* og *når* det skal gjøres (Helsedirektoratet, 2020b). Tilbud og evt. utarbeidelse av individuell plan skal være uavhengig av alder, diagnose og funksjonsnivå og gjelde for både fysiske og psykiske helseplager. Utarbeidelse av individuell plan skal være frivillig, og skal, ved frivillig psykisk helsevern, ikke utarbeides uten pasientens samtykke. Dersom pasienten ikke er i stand til å samtykke, skal verge eller pårørende samtykke på vegne av pasienten. Individuell plan/IP er ment å være et verktøy som skal ivareta pasientens tilpassede, koordinerte tjenestetilbud samt sikre pasientenes medvirkning og innflytelse på eget helse- og omsorgstilbud. Planen er ment å ivareta koordinering av tjenester på tvers av roller og etater i jobb mot pasientens egne mål (Lauveng, 2017).

Aktuelle samarbeidspartnere i planarbeidet kan for eksempel være NAV, samarbeidspartnere fra psykisk eller somatisk helsetjeneste i 1. eller 2. linjetjenesten, fastleger, skole, barnevern eller andre. Alle vil ha et ansvar i forhold til oppfølging og evaluering av planen (Lauveng, 2017; Helsedirektoratet, 2020b).

Det må opprettes en koordinator som hovedsakelig skal ha ansvar for nødvendig oppfølging og sikre samhandling og framdrift i planarbeidet (Helsedirektoratet, 2020b). Koordinator oppnevnes primært i kommunen og er som oftest en person som pasienten allerede har kontakt med. Pasientens, og evt. pårørendes, ønsker skal vektlegges i valget av koordinator (Lauveng, 2017).

## 2.2 Bakgrunn for innføring av individuell plan

Personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, og helse- og omsorgstjenesten har plikt til å sørge for utarbeidelse av dette (Kjellevold, 2020, s. 13). Denne rettigheten ble i Norge innført i 2001 hvor formålet var å skulle bidra til større trygghet og forutsigbarhet for tjenestemottakere, avklare ansvarsforhold og styrke samarbeidet mellom tjenesteyterne i nært samarbeid med tjenestemottakere og deres pårørende (Kjellevold, 2020, s. 13; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; psykisk helsevernloven, 1961; spesialisthelsetjenesteloven, 1999). I Stortingsmelding nr. 25 *Åpenhet og helhet* og i Veilederen fra Helsedirektoratet *Sammen om mestring* påpekes at tjenesteapparatet er oppstykket og at det er behov for å styrke samarbeid mellom tjenestene og sikre brukermedvirkning. Dette var medvirkende til det utarbeidede lovverket og retningslinjene for individuell plan som var ment som et verktøy for å få til en langsiktig og helhetlig tenkning. Det forutsetter en gjennomtenkt bruk av planen som et verktøy, og ikke kun en oppfyllelse av et formelt krav i henhold til loven (Kjellevold, 2020, s. 14).

For å sikre ivaretagelse av brukernes rettigheter og lovens intensjon er det nødvendig at IP-arbeidet er godt implementert i både 1. og 2.linjetjenesten. Kommunens ledelse må sikre ivaretagelse via kommunens organisasjonsmodell (Kjellevold, 2020, s. 32). Likeledes må helseforetakene være seg bevisst sitt ansvar i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 hvor det står at «*Helseforetakene skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud....*» (spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

### 2.3 Helsepersonellets og ledernes plikt og ansvar i arbeid med IP

«I NOU 2005:3 sies det at en av forklaringene på den svake oppfyllelsen av individuell plan kan være manglende prioritering av dette fra ledelsens side (s. 74)» (Kjellevold, 2020, s. 33). I en rapport fra Uni Rokkansenteret vises det til at den kommunale administrative ledelse er lite involvert i IP-arbeidet og viser moderat interesse for dette styringsverktøyet (Berven, Ludvigsen, Christensen, & Nilssen, 2013, s. 3). Det må forventes at den øverste ledelsen for henholdsvis helseforetaket og kommunen avklarer hvilke instanser og personer som skal ha ansvaret for oppfyllelse av plikten for å melde fra om brukernes behov for individuell plan (Kjellevold, 2020, s. 36). I NOU 2004: 18 uttaler utvalget at «*det sentrale med slike planer er selve prosessen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, og mellom tjenesteytere knyttet til arbeidet med individuell plan, ikke nødvendigvis selve planen (s. 91)*» (Kjellevold, 2020, s. 40). Slik sett vil en stor del av prosessen ved IP-arbeidet være opp til og avhengig av det tjenestepersonellet som er involvert. Det er derfor viktig å bruke andre virkemidler enn lovgivning for å sikre gode prosesser i IP-arbeidet (Kjellevold, 2020, s. 40). I dette arbeidet kreves faglig forsvarlighet, fokus på tjenesteapparatets samarbeidsevne, og krav om brukermedvirkning og pårørendesamarbeid (Kjellevold, 2020, s. 41).

Helse- og omsorgstjenestens plikt til samarbeid omhandler at bestemmelsene pålegger virksomhetene ved sin ledelse et ansvar for å sørge for et samarbeid mellom linjer og etater (Kjellevold, 2020, s. 45). I kommunen er det kommuneledelsen som er ansvarlig for at plikten oppfylles, og på institusjoner er det et institusjons- og ledelsesansvar å sørge for at helse- og omsorgspersoner oppfyller plikten (Kjellevold, 2020, s. 46). Kjellevold skriver videre at «*ledelsen for virksomheten vil alltid kunne instruere personellet om å samarbeide*» (2020, s. 47).

«*God ledelse er avgjørende for å skape pasienters helsetjeneste*» (Departementene, 2017, s. 28). Det presiseres at faglig ledelse er en gjennomgående utfordring i både kommuner og i øvrig psykisk helsevern. Det beskrives at oppdatert kunnskap om blant annet brukerdeltakelse, samhandling og det å ta kunnskapen i bruk (implementering) er en forutsetning for å nå faglige mål (Departementene, 2017, s. 28). Dette kan relateres til lederes plikt og ansvar i IP-arbeidet, og vil diskuteres i studiens kapittel 5.

Bredden og mangfoldet av forventninger i lederoppgaver kan være mange. En viktig lederoppgave er å sikre resultater gjennom de ansatte, organisere møter, sette retning og sammen med de ansatte jobbe ut en strategi med gode operasjonelle mål (Ruud, 2021, s. 52). Lederens ansvar for implementering av IP kan relateres til dette, og vil drøftes i kapittel 5.

## 2.4 Lov og rammeverk for brukermedvirkning

Sosial- og helsetjenestene kan i stor grad sies å være offentlige tjenester. I hovedsak er det et offentlig ansvar å sikre et tilstrekkelig tilbud av tjenester til befolkningen, og det er en forutsetning at både styringen og utøvelsen er demokratisk. Tjenesteutøver må ha forståelse for og kunnskap om brukernes demokratiske rettigheter, og sikre at medbestemmelsesretten blir ivaretatt. Det er kun brukeren selv som opplever hele tjenesteforløpet og som kan meddele nyttig informasjon og ønsker tilpasset egen situasjon og behandlingsprosess. Brukerperspektivet bygger på teorien om empowerment som omhandler det å gi enkeltindividet styrke og økt makt i eget liv, samt øke brukernes rettigheter og muligheter for innflytelse og deltakelse i samfunnet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og ikke noe som kan velges bort. Dette er nedfelt i blant annet lov om pasient og brukerrettigheter § 3-1 hvor det står:

*«Pasient eller brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon»* (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Brukere av en helsetjeneste har med dette rett til å påvirke og medvirke i egen behandling, og helsepersonellet har en plikt til å ivareta faglig forsvarlighet. Brukere har derfor ikke en rett til å få behandlingstilbud som helsepersonellet mener vil være skadelig (Lauveng, 2021).

Brukeren skal informeres om retten til IP og hva en slik plan er. Brukermedvirkning og individuell tilpassing er intensjonen bak individuell plan (SINTEF Helse & Sosial- og helsedirektoratet, 2004). En IP er personlig og tilpasset brukerens ønsker og behov. Det er

planens eier sine mål, ressurser og tjenestebehov som skal være utgangspunkt for planen, og planen skal ikke utarbeides dersom brukeren selv ikke ønsker det. Dersom brukeren selv ikke er i stand til å samtykke, skal pårørende eller verge samtykke på vegne av brukeren/pasienten (Lauveng, 2017).

I regjeringens strategi av god psykisk helse (Departementene, 2017) står det å lese at pasientenes helsetjeneste skal styrkes. Det forutsetter at brukere/pasienter har både innflytelse over egen behandling og over utvikling av tjenestene (s. 27). Jeg velger å se dette i sammenheng med ivaretagelse av brukermedvirkning i IP-arbeidet, og vil drøfte det senere i oppgaven.

## 2.5 Erfaringer i IP-arbeidet

Bakkes artikkel «Å lykkes i arbeidet med Individuell plan» (2011) beskriver at IP oppleves som nyttig for både brukere og ansatte ved at det blant annet reduserer «unødvendig dobbeltarbeid og rot». Dette ivaretas, iflg Bakke, via tydeliggjøring av roller og ansvar, - noe denne studien kan sette i sammenheng med en av flere lederoppgaver. Bakke viser til erfaringer rundt at metoder og rutiner må tilpasses organisasjonens utvikling, og at det er lagt til rette for å fange opp og gjøre noe med eventuelle systemproblemer. Bakke fremhever opplæring og veiledning av ansatte samt engasjement hos fag- og toppledelse som avgjørende faktorer for at IP-arbeidet skal sikres hos ledere (2011). Dette oppleves som relevante erfaringer sett i sammenheng med denne studien, og vil derfor diskuteres i drøftingsdelen, hovedpunkt 5.1.

Lauveng & Skjeldal viser fra sin nettundersøkelse høsten 2020 til at de brukere som hadde en fungerende plan, var fornøyde med den og opplevde at planen hadde stor betydning i livene deres. Rapporten viser at det kun var 13 % av informantene som hadde en initiert IP, og utfordringene ble beskrevet å være blant annet:

- Mangel på informasjon til brukerne
- Tidligere erfaring med at IP ikke fungerer, angis å være en vesentlig grunn til at man takker nei til senere forespørsler
- Mangel på gode systemer og rutiner for samarbeid og oppfølging av planer
- Motstand hos helsepersonell



Lauveng & Skjeldal tydeliggjør også at «*Det er rimelig å anta at de som har en oppdatert plan som brukes aktivt og er utformet etter deres mål, opplever den som nyttig, mens de som ikke har en oppdatert plan, opplever den helt eller delvis unyttig*» (2020, s.19).

Jeg finner disse erfaringene interessante i min forskning rundt IP-arbeidet, og vil i studiens kapittel 5 diskutere dette opp imot funn som er presentert i resultatdelen.

Helsetilsynet utarbeidet i 2008 rapporten «Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser» (Helsetilsynet, 2008). Rapporten belyser at enkelte tilsyn avdekket mangelfull ivaretagelse av brukermedvirkning tilknyttet IP (s. 17). Rapporten beskriver videre at mange av enkeltfunnene som gjengis i rapporten er resultater av styringssvikt, særlig når mange ytelser og tjenester skal samordnes (s. 18).

Fra Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022), «Mestre hele livet» (Departementene, 2017), belyses at en god ledelsesstruktur forutsetter et aktivt ledelsesansvar i både kommuner og helseforetak. Tilsyn viser til mangler i ledelsen og at tjenestene til dels er fragmenterte og dårlig koordinert. Tjenestene oppleves derfor ikke som helhetlige og det meldes om for liten involvering av brukere (s. 29). Pasienters/brukeres og pårørendes opplevelse er at tjenestene ofte ikke er samordnet eller preget av kontinuitet (s. 30).

Disse erfaringene kan sees i sammenheng med det komplekse lederansvaret i IP-arbeidet som skal sikre faglig forsvarlighet i form av individuelt tilpassede tjenester og en stabil samordning og vil diskuteres i kapittel 5.

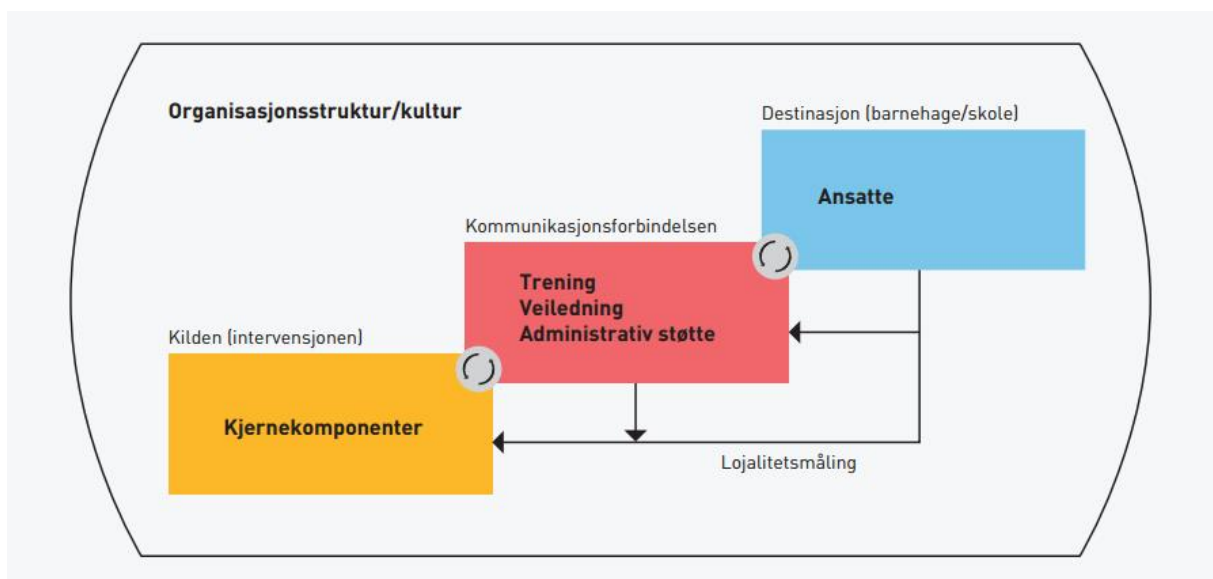
## 2.6 Implementeringsarbeid

Implementeringsarbeid er en av flere lederoppgaver som ledere har et ansvar for når de skal ivareta det som gis av sentrale føringer. Kjellevoll underbygger dette når hun skriver at ledelsen i de enkelte instanser har et sørge-for-ansvar i implementeringsarbeidet av IP i virksomheten (2020, s. 102-103). Denne studien fokuserte på lederes ansvar for

implementering av IP og det er derfor relevant å presentere aktuell teori tilknyttet dette arbeidet.

Implementering handler om å omsette forskningskunnskap til praksis. Det kan ligge mange utfordringer i dette arbeidet, og oppmerksomheten rundt avstanden mellom forskning og praksis har ført til en egen vitenskap og økende bevissthet. Implementeringsforskningen fokuserer på *hva* som skal implementeres, *hvordan* oppgaven skal utføres og *hvem* det er som skal gjøre det. Manglende resultater i praksis kan skyldes at tiltak ikke fungerer, eller at man har mislykkes i implementeringsprosessen (Fixsen & Ogden, 2014).

Dean Fixsen har utviklet en modell som viser hva som skjer i selve implementeringsprosessen. Han definerer implementering som «*spesifikke aktiviteter som er utviklet for å omsette til praksis en aktivitet eller program som består av kjente dimensjoner*» (Roland & Westergård, 2015, s. 20). Dette kan forklares ved at flere kjernekomponenter skal implementeres i en kultur eller en organisasjon med en gruppe ansatte. Det kan skje i form av veiledning, trening og administrativ støtte (kommunikasjonsforbindelsen). Dersom prosessen foregår riktig etableres en lojalitet, endringen skjer, og den nye praksisen innføres. Dersom man ikke lykkes i å etablere forståelse og/eller kommunikasjonsforbindelsen ikke fungerer, vil implementeringsarbeidet være vanskelig (Roland & Westergård, 2015, s. 23).



Figur 2. Rammeverk for implementering (Roland & Westergård, 2015)

I denne studien kan man definere IP-arbeidet som «kjernekomponenten» som skal implementeres. Komponentene i implementeringsarbeidet må være passe store, forståelige, tydelige, motiverende, målbare og attraktive slik at de ansatte ønsker å gjennomføre implementeringen. I tillegg må det være tydelig hva den ønskede situasjonen skal føre til (Roland & Westergård, 2015, s. 24). I denne studien er det ansatte i psykisk helseinstitusjoner i 1. og 2. linjetjenesten som er destinasjonen. For å lykkes i dette, er det viktig med deltakelse i en prosess, der hele organisasjonen får en opplevelse av medvirkning og påvirkning (Roland & Westergård, 2015, s. 26). I drøftingsdelen vil mine funn diskuteres opp imot dette implementerings-rammeverket.

Elgen og Taugbøl konkluderer i sin masterstudie rundt «Endringsledelse i sykehus» at «*Ledernes engasjement, tydelig kommunikasjon og deres evne til å involvere de ansatte ser ut til å være av stor betydning i endringsprosesser*» (2020). Jeg oppfatter at implementeringsarbeid og endringsledelse kan sammenlignes og vurderer at deres funn er relevant i forhold til ledes ansvar i implementering av IP.

Elgen og Taugbøl belyser viktigheten av å involvere alle, både ledere og andre ansatte, i endringsprosesser, og at det vil være en suksessfaktor i implementeringsarbeid (2020, s. 4). Elgen og Taugbøl viser til sine hypoteser rundt endringsledelse, sett i lys av det teoretiske rammeverket fra implementeringsteorien til blant annet Fixsen. De beskriver følgende fire suksessfaktorer som påvirker endringsledelse:

- 1) ledes evne til å lede endringsprosesser
- 2) ledes evne til å involvere de ansatte i endringsprosesser
- 3) tydelig kommunikasjon i hele endringsprosessen
- 4) tydelig formidling av visjon og målsetning gjennom prosessen

(Elgen & Taugbøl, 2020, s. 42).

Ledes plikt og ansvar til implementering av IP må derfor sees i sammenheng med de barrierer vi vet eksisterer, og i sammenheng med de ovennevnte suksessfaktorer. Dette vil bli nærmere belyst i diskusjonsdelen, kapittel 5.

Ogden, Bjørnebekk, Kjøbli, Patras, Christiansen, Taraldsen og Tollefsen gjorde i 2012 en evaluering av implementeringskomponenter ti år etter en landsdekkende innføring av empirisk støttede programmer. De beskriver implementering som «...*bevegelsen av*

*evidensbaserte programmer ... fra vitenskap til praksis, eller den aktive og planlagte innsatsen for å mainstreme en ny intervensjon i en praksisorganisasjon» (Ogden et al., 2012). De beskriver videre implementering som en «overgangsperiode der utøvere blir stadig mer dyktige, konsekvente og engasjerte i sin bruk av en ny intervensjon» (Ogden et al., 2012). Dette oppleves som relevant teoretisk tilnærming i arbeidet med implementering av IP.*

Videre setter Ogden et al. søkelyset på at ytelsen i implementeringsarbeidet ikke nødvendigvis blir praktisert, til tross for at intervensjonsprogram kan være både akseptert og vedtatt. Når intervensjoner er riktig implementert, kan de trues av programdrift eller at det bare siver ut. De viser til at forventede resultater kan tilskrives blant annet kvaliteten på implementeringen, og at implementering i vanlig praksis derfor bør evalueres. De beskriver mulige barrierer relatert til «*holdninger (f.eks. åpenhet om endring), motivasjon (f.eks. beredskap), verdier (f.eks. læringsorientering) og andre egenskaper til adoptere, implementerer eller interessenter*» (Ogden et al., 2012).

Ogden et al. refererer til Fixsen et al. sine seks identifiserte stadier av programimplementering, som IP-arbeidet kan sies å være. Det omhandler «*leting, installasjon, første implementering, full implementering, innovasjon og bærekraft*» (Ogden et al., 2012). Ideelt sett bør kvaliteten og nivået på implementeringen måles i hvert stadiet. Full implementering kan sies å være når minst 50 % av stillingene er fylt med ansatte som oppfyller kriteriene (Ogden et al., 2012). Dette sees på som aktuell teoretisk referanseramme til IP-implementering og vil i oppgavens kapittel 5 drøftes opp imot aktuelle funn.

Ogden et al. hevder at implementeringsdriverne blant annet omfatter *rekruttering, innledende opplæring, veiledning/coaching, tilretteleggingsadministrasjon, systemintervensjoner og ledelse*. Dersom det er svakhet i én komponent, kan prosessen overvinnes av styrker i andre (Ogden et al., 2012). Dette er elementer som også synes å ha relevans til IP-arbeid, og vil derfor drøftes senere i studien.

## 2.7 Kompetanseutvikling som virker

Som beskrevet i studiens hovedpunkt 2.6, er opplæring en viktig del av implementeringsarbeid og en avgjørende faktor for at IP-arbeid skal sikres. Jeg ser på kompetanseutvikling

som en del av opplæring og vil derfor presentere noen faktorer tilknyttet kompetanseutvikling relatert til IP-arbeid.

Glenn Ruud beskriver i sin bok «Kompetanseutvikling som virker, - fra læring til implementering» følgende rammeverk:

- 70 % av læring og utvikling skjer på jobben gjennom praksis
- 20 % av læring og utvikling skjer via erfaringsdeling og utvikling gjennom andre
- 10 % av læring og utvikling skjer i form av formelle kurs og programmer

(Ruud, 2021, s. 66-67).

Rammeverket oppleves som «lettfattelig», og Ruud hevder at de virksomheter som tar det i bruk erfarer større måloppnåelse enn de som ikke gjør det (2021, s. 66). Ruud hevder videre at bruk av dette rammeverket påvirker praksiskompetanse, rask respons på endringer og økt motivasjon hos ansatte (2021, s. 67).

Ruud beskriver videre hvordan kompetansebygging, kompetansedeling og kompetansebruk påvirker implementeringsarbeid.

**Kompetansebygging** kan ivaretas gjennom formelle læringsarenaer. Eksempler på dette kan være kurs, konferanser, seminarer eller ulike møter. Koronapandemien har ført til en rask økning av virtuell undervisning hvor foreleseren kan sitte hvor som helst og påmeldte deltakere kan sitte nær sagt over hele verden og følge undervisningen via en QR-kode. En av fordelene med denne undervisningsformen er at forelesningen kan tas opp og gjøres tilgjengelig senere som en repetisjon, eller slik at nyansatte eller de som var forhindret i å delta kan få samme opplæring (Ruud, 2021, s. 69). Dette kan være en relevant opplæringsform som ledere kan tilrettelegge for i sitt arbeid med å implementere IP internt i egen organisasjon, samt under ivaretagelse av eksternt samarbeid og erfaringsdeling.

**Deling av kompetanse** er viktig for å sikre de ansattes utnyttelse av etablert kompetanse på en optimal måte. Kunnskapsdeling er sentralt for nytenkning og ved å sette ord på det man har lært, vil sannsynligheten øke for at man ikke glemmer, og kollegaer vil også kunne få et læringsutbytte. Fungerer kunnskapsdelingen godt i en organisasjon vil det også kunne styrke sosiale relasjoner og sikre en god arbeidskultur (Ruud, 2021, s. 72). Ruud tydeliggjør at ledelsens tilrettelegging av kunnskapsdeling er helt sentralt og vil være avgjørende for

hvorvidt de ansatte ønsker å dele av erfaring og kunnskap. I tillegg trekkes HR-funksjoner fram som en viktig rolle hvor de kan tilrettelegge via mentorordninger og sikre at kunnskapsdeling blir en obligatorisk og integrert del av ethvert opplæringsprogram (Ruud, 2021, s. 53).

Uansett delingsmåte bør man sikre at de ansatte får gode opplevelser av å dele. På den måten skaper man tillit mellom ansatte og sikrer at kulturen for kunnskapsdeling blir levedyktig. Dette ivaretas best via deltakelse i praktisk arbeid hvor man lærer av hverandre, den enkelte kan komme med innspill og hvor problemer løses i fellesskap. På den måten skapes det tillit til hverandre (Ruud, 2021, s. 74). Jeg vurderer at kompetansedeling er sentralt i lederes ansvar for implementering av IP, og vil belyse det ytterligere i studiens kapittel 5.

**Å ta i bruk kompetansen.** «Kompetanse skiller seg fra andre ressurser man har ved at når den blir brukt, så blir den bare bedre og bedre» (Ruud, 2021, s. 74). Når kompetansen blir brukt, vokser erfaringene, - som igjen bidrar til å styrke kompetansen og effektene av den. Kompetanse som ressurs kan skilles fra andre ressurser som blir dårligere og slitt ved langvarig bruk, slik at å lære via daglig arbeid anses å være den mest effektive formen for læring (Ruud, 2021, s. 74). Dette kan settes i sammenheng med leders ansvar for tilrettelegging og etterspørring i implementering av IP, og vil drøftes i studiens kapittel 5.

### 3 METODE

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for design og valg av metode for denne studien. Deretter vil framgangsmåte for datainnsamling, bearbeiding og analyse av data, samt studiets forskningsetiske vurderinger og refleksjoner presenteres.

#### 3.1 Design

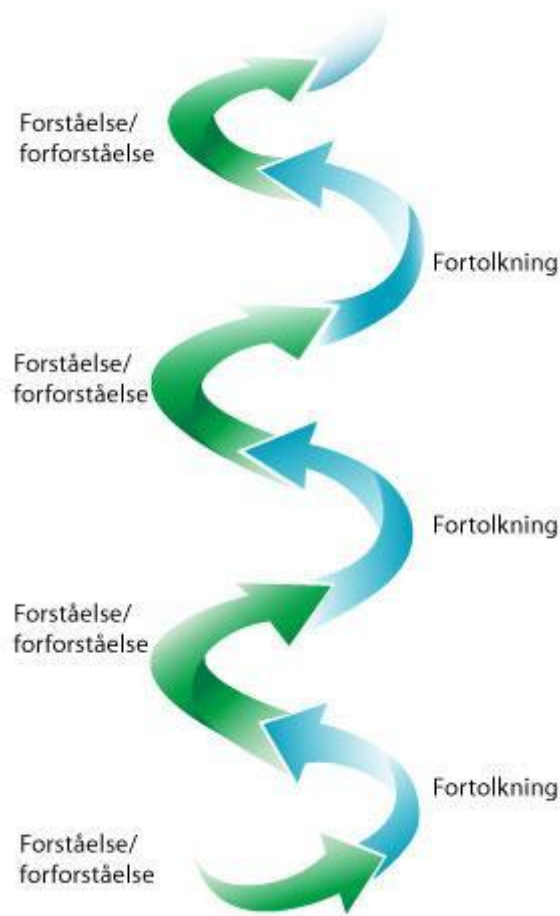
Med bakgrunn i min utdanning og ledererfaring bygger denne studien på min kunnskap og forståelse av hva IP er, samt min forforståelse rundt mulige barrierer i implementeringsarbeidet. Min forforståelse var tilknyttet ledere/mellomlederes ståsted og hva som hemmer og fremmer implementeringsarbeidet.

Studien ble bygd på ønsket om å få kunnskap og forståelse rundt hvordan ledere/mellomledere erfarer IP-arbeidet og hvilke faktorer som påvirker planens intensjon rundt samhandling og brukermedvirkning. Studiens kvalitative metode bygger på en pragmatisk tilnærming hvor man tar utgangspunkt i empiriske data, slik Malterud beskriver (2017, s. 37 og 38). Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide hvor dataenes valgte analysemetode var systematisk tekstkondensering. Studien søkte med dette en *forståelse* framfor en *forklaring*.

#### 3.2 Systematisk tekstkondensering

Studiens valgte analysemetode var systematisk tekstkondensering (STK), som Malterud forklarer som «...en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data» og «...den kan brukes til analyse av mange typer empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring» (Malterud, 2017, s. 97). Dette kan forklares med at forskjeller, likhetstrekk og variasjoner i erfaringer, følelser eller holdninger fra flere deltakere skal sammenfattes og fortolkes (Malterud 2017, s. 93). Dette vil bli nærmere beskrevet i analysedelen, underpunkt 3.4.1.

STK tilhører den hermeneutiske tradisjonen innenfor vitenskapsteorien. Det defineres som den *hermeneutiske sirkel* og må sees i sammenheng med forskerens forståelse og forforståelse. Det kan også illustreres som en spiral fordi det gjennom delene får en utdypet helhetsforståelse.



Figur 3. Illustrasjon av hermeneutisk spiral (Sander, 2022).

Jeg har gjennom studien forsket ved å anvende semistrukturerte intervjuer, analysere funnene og diskutert dem opp imot teori. Dette førte meg videre til en ny forståelse og fortolkning. Jeg har med dette beveget meg gjennom ulike deler i spiralen og fått en ny helhetsforståelse.

### 3.3 Det pragmatiske og fortolkende paradigme

Det finnes ulike kvalitative metodetradisjoner og valgte tilnærming vil ha betydning for det man ønsker å undersøke (Malterud, 2017, s. 37). Denne studien bygger ikke på noen spesifikk tradisjonstilhørighet, - noe Malterud beskriver som *pragmatisk* (2017, s. 37). Begrepet kan i denne sammenheng henvises «...både til dagligtale....og også noen grad til *pragmatisk filosofi, som vektlegger brukbarhet, praksis og konsekvenser*» (Malterud, 2017, s. 37 og 38).



Malterud (2017) hevder at i kvalitativ forskning skal forskerens forforståelse være synlig slik at leseren forstår hvilket ståsted forskeren har. Malterud sier videre at forskningsprosessen vil påvirkes av forskeren uansett hvilken metode som blir valgt, og at spørsmålet er hvordan forskeren påvirker prosessen og resultatet av denne (2017, s. 41). Når aktørene i forskningsprosessen er mennesker og ikke gjenstander eller tall, vil det menneskelige samspillet bli en del av kunnskapsutviklingen (Malterud, 2017, s. 42). Malterud sier videre at forforståelse er den ryggsekk vi bærer med oss inn i forskningsprosjektet og at forskeren skal konsentrere seg om betydningen av den teoretiske referanserammen som er valgt sett i lys av egen forforståelse (2017, s. 43). I denne studien ble min forforståelse sett i lys av Malteruds forståelse av forforståelsens påvirkning.

### 3.4 Kvalitativ induktiv tilnærming

For å best besvare studiens forskningsspørsmål ble det valgt en kvalitativ metodisk tilnærming som egner seg godt for å utvikle nye beskrivelser, begreper eller modeller (Malterud, 2017, s. 32). Problemstillingen omhandler erfaringer om et spesielt tema hvor målet var å utvikle kunnskap ved å utforske erfaringsbasert kunnskap hos ledere i 1. og 2. linjetjenesten. Kvalitativ metode var derfor godt egnet (Kvale & Brinkmann, 2015). En kvalitativ *induktiv* tilnærming innebærer «*at vi trekker slutninger fra det enkeltstående til den allmenne*» (Malterud, 2017, s. 27). Det ble i denne studien brukt semistrukturerte intervjuer som et ledd i dette, - noe som belyses nærmere i et senere avsnitt. Jeg vil hovedsakelig referere til Malteruds beskrivelser av metodetradisjonen. For å få noe variasjon og bredde i metodeforståelsen, vil jeg også referere til Kvale & Brinkmanns beskrivelser av kvalitativ intervjuundersøkelse.

Kvalitativ metode kan via erfaringer og opplevelser hos informanter bidra til en dybdeforståelse av det aktuelle fenomenet, samt utvikle ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 30). Videre hevder Malterud at man via kvalitativ metode kan etterspørre mening, betydning og nyanser av både adferd og hendelser, noe som kan styrke forforståelsen av hvorfor mennesker gjør som de gjør. Forsker kan lete etter levende kunnskap ved å inngå i de sammenheng det gjelder, komme så nær fenomenet som mulig, og med det få kunnskap som viser hvordan noe forholder seg til noe annet. Kvalitativ metode egner seg godt for utforskning av dynamiske prosesser og for analyse og beskrivelse av egenskaper eller kvaliteter og karaktertrekk ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 2017, s. 31) noe som egner seg for denne studien.

Med en induktiv strategi går man fra de enkelte fakta til allmenne prinsipper med mål om overførbarhet slik at funnene kan gi innsikt i en annen sammenheng enn der forskningen er gjennomført (Malterud, 2017, s. 57). Kvale & Brinkmann sier at ulike intervjuformer er den mest vanlige datainnsamlingsmetoden innen kvalitativ forskning. Det finnes mange former for samtale, alt fra den hverdagslige konversasjonen til utveksling av dype personlige tanker og følelser. Forskningsintervjuet har som mål å produsere kunnskap ved å få frem betydningen av folks erfaringer og avdekke deres opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Kvale & Brinkmann beskriver videre forskningsintervjuet som en profesjonell samtale for interaksjon mellom to mennesker med mål om kunnskapsproduksjon på spesifikke emner (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22).

I denne studien ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med åpne og temarettede spørsmål hvor informantene kunne svare fritt uten å være påvirket av andre i samme situasjon. Ut ifra problemstillingen ble guiden utarbeidet med ønske om å utforske temaene 1) organisering og veiledning, 2) forståelse og enighet om at IP er nyttig og nødvendig, 3) leder- og topplers engasjement, 4) brukermedvirkning, 5) erfaringer rundt nåværende planarbeid og 6) om man kan lære av hverandre (Bakke, 2011; vedlegg C).

Med en induktiv tilnærming ble denne metoden ansett å være velegnet for å oppnå kunnskap om hvordan ledere/mellomledere i offentlig psykisk helsevern for voksne erfarer arbeidet med IP. Intensjonen videre var å presentere deltakernes stemme så lojalt som mulig via det Malterud definerer som en *beskrivende* holdning, som innebærer minst mulig forstyrrelse forårsaket av teori og forforståelse (Malterud, 2017, s. 48).

### 3.5 Planlegging og gjennomføring av intervjuene

For å få høy kvalitet på kunnskapen som utvikles i intervjuet var det viktig å forberede intervjuene godt. Kvale & Brinkmann benevner dette som undersøkelsens syv stadier: *tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering* (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 137).

Etter at intervjuguiden var ferdig designet, ble det gjennomført en pilot/et prøveintervju for å teste ut hvordan spørsmålene ville fungere og om intervjuguiden inneholdt spørsmål som ville gi detaljerte nok svar i forhold til problemstillingen (Malterud, 2017, s. 55). Det var også viktig å sjekke lyd kvalitet på det tekniske utstyret (mobiltelefon m/lydopptaker og mikrofon festet på informantens tøy) og registrere ca. varighet av intervjuet. Informanten gav tilbakemelding om at spørsmålene var klare og forståelige. Opplevelsen var at temaene var relevante i forhold til problemstillingen, utfylte hverandre og satt i en logisk rekkefølge. Samtalen fløt godt og varigheten var innenfor en naturlig tidsramme. Det ble etter pilotintervjuet tilføyd ett spørsmål på intervjuguiden. Ellers ingen endringer.

### 3.5.1 Utvalgsprosess og beskrivelse av informantene

Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter som best mulig kunne belyse problemstillingen og ha relevans for videre funn. Sju informanter ble vurdert til å være nok for å få forsvarlig informasjon relatert til problemstillingen, og passe stort til å kunne bevare oversikten over datamaterialet (Malterud, 2017, s. 59). Informantene ble rekruttert ved at avdelingsleder på gjeldende DPS eller kommunal sektor ble kontaktet pr telefon og/eller mail, informert om prosjektet og bedt om tillatelse til å kontakte leder for aktuell sengepost, poliklinikk eller kommunalt psykisk helse- og rusteam. Dernest fikk informantene tilsendt et informasjonsskriv om prosjektet som inneholdt en kort presentasjon av forsker, informasjon om prosjektet, etiske overveielser, forventet tidspunkt for ferdig resultat og hvordan funnene var ment å publiseres (vedlegg B). Problemstillingen som ble presentert i informasjonsskrivet ble noe justert senere i prosessen, mens tematikken (IP-arbeid) var den samme.

Informantene representerte fagfeltet offentlig rus- og psykisk helsetjeneste.

Inklusjonskriteriene var at de i sitt daglige virke skulle ha hele eller deler av sin stilling tilknyttet lederoppgaver og ansvar relatert til personal, drift, fag og økonomi. Jeg ønsket også informanter som jobbet nærmest avdelingen/behandlerne og pasientene/brukerne.

Informantene hadde mange års erfaring som helsearbeidere med relevant helseutdanning på høyskole eller universitetsnivå. Spesifikk grunnutdanning ble ikke etterspurt eller vektlagt. Alle hadde flere års ledererfaring fra 1. og/eller 2.linjetjenesten, hvorav de fleste hadde ansvar rundt områdene som tidligere beskrevet. Ledere fra både sengepost, poliklinikk og kommunehelsetjeneste medvirket. Alle informantene hadde brede ansvarsområder, herunder

rutiner for informasjon, kunnskapsdeling og implementeringsarbeid. Hovedvekten av informantene jobbet i fulle lederstillinger, mens enkelte hadde en kombinert leder/behandlerrolle. Alle oppgav at de var kjent med lov- og regelverk for IP-arbeid og hadde således erfaring med IP-arbeid for pasienter innen rus og psykiatri fra enten sengepost, poliklinikk eller kommunalt hjelpeapparat. Informantene var ledere som jobber nærest behandlerne (enhetsledere, seksjonsledere, teamledere). Informantene bestod av kvinner og menn i ulik alder. Ett intervju viste seg å være berørt av teknisk svikt som medførte at opptaket ble uten lyd. Ny informant måtte kontaktes og nytt intervju gjennomføres, - noe som medførte litt lenger tid på datainnsamlingen enn planlagt.

### 3.5.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i tiden oktober – november 2021. Det tok noe lenger tid enn antatt å få respons fra alle forespurte informanter. Noen måtte purres på opptil flere ganger, men ingen valgte å si nei til medvirkning. En mulig informant gav, til tross for puring, ikke tilbakemelding og ble derfor ikke inkludert i studiet. Pga geografiske avstander og arbeidet med å sortere inntrykk og data, ble det utført kun ett intervju pr dag.

Tid og sted for intervjuene ble avtalt i fellesskap mellom intervjuer og informant. Alle intervjuene ble gjennomført i arbeidstiden på den enkeltes arbeidsplass. Vi kunne sitte uforstyrret i lukkede rom og uten tidspress. Samtalene ble innledet med en brifing som innebar en presentasjon av student og informant og en kort repetisjon av studiens hensikt og problemstilling, jfr Kvale & Brinkmanns anbefaling (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 161; Vedlegg C). Informantene ble gitt mulighet til å stille avklarende spørsmål før selve intervjuet startet. Intervjuene ble, etter at lydopptaket var skrudd av, avsluttet med en debrifing (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 161) for å spørre om informantens opplevelse av å bli intervjuet og derved avrunde samtalen noe mer uformelt. Til slutt fikk hver informant en liten symbolsk gave som takk for medvirkning til datainnsamlingen. Lydfilene ble lagret i lagringssystemet OneDrive-klient som er tilknyttet Høgskolen i Innlandet. Her kan datamaterialet kun innhentes ved bruk av aktuelt studentnummer.

### 3.6 Transkribering og analyse

Da alle intervjuene var gjennomført ble lydfilene transkribert, dvs at all tilgjengelig informasjon fra de muntlige intervjusamtalene ble omdannet til skriftlig språk. Malterud viser til at transkripsjonen mest mulig lojalt skal fange opp og ivareta det som informanten hadde til hensikt å meddele. Teksten skal også bidra til at forskeren gjenerindrer situasjonen der historien ble fortalt (Malterud, 2017, s. 77-78). På bakgrunn av dette valgte jeg å transkribere all tekst selv, så nær den muntlige formen som mulig. Noen følelsesladete uttrykk ble nedfelt, som for eksempel latter, sukk, stillhet og nøling. Noen informanter hadde særpregede dialekter fra området. Da jeg snakker og forstår de samme dialektene ble ikke dette opplevd som fortolkningsvansker, men heller en styrke i det å forstå budskapet som informantene ønsket å formidle. Alt transkribert materiell ble lagret i samme database som lydfilene og skal slettes senest utgangen av år 2022.

Transkribering av tekst var omfattende og mer tidkrevende enn forestilt. Det ble undersøkt muligheter for innkjøp av en app spesielt for formålet, men jeg valgte å gjøre all transkribering selv, detaljert og ordrett. Gevinsten av dette ble at jeg fikk gjenopplevd erfaringen fra intervjusituasjonen og på den måten gjort meg kjent med materialet fra en ny side. Det åpnet opp for andre slutninger og ettertanker enn da opptaket ble gjort.

Deretter startet analysearbeidet. For å bearbeide og tolke data ble analysestrategien *systematisk tekstkondensering* utviklet av Kirsti Malterud valgt, jfr studiens hovedpunkt 3.2. Malteruds metode som hjelpemiddel i analyseprosessen ble benyttet fordi den ble ansett til å ha god relevans til dette forskningsbaserte studiet innen kunnskapsbasert praksis med kvalitativ metode. Metoden består av følgende fire analysetrinn:

1. Lese gjennom dataene for å få et helhetsbilde
2. Identifisere, systematisere og kode meningsbærende enheter
3. Kondensere, dvs sammenfatte kodene til en tekst
4. Sammenfatning, dvs gjenfortelle via en analytisk tekst

(Malterud, 2017, s. 98).

### 3.6.1 Analysens fire trinn

Veileder hadde en aktiv rolle i deler av analysearbeidet, slik Malterud anbefaler. På den måten ble det skapt et analytisk rom med flere nyanser, og jeg fikk øye på detaljer som jeg ikke så alene (Malterud, 2017, s. 100).

- 1) **Lese gjennom dataene for å få et helhetsbilde.** Det ble gjort en foreløpig analyse på tvers av intervjuene, dvs at alle intervjuene ble nøye gjennomlest for å få et helhetsbilde (fugleperspektiv). På den måten kunne materialets hovedtemaer skimtes. Med problemstillingen i bakhodet ble disse hovedtemaene gruppert inn i sju ulike foreløpige temaer ut ifra hva som intuitivt vekket oppmerksomhet og som var ment å være som et svar på problemstillingen. De sju foreløpige temaene var:
  - a) Struktur/organisatoriske forhold (kontekstens kjennetegn og kommunikasjonsmønstre)
  - b) Motivasjonsarbeid hos leder (lederansvar og lederoppgaver)
  - c) Samhandling (tverrfaglig, tverretatlig, samarbeid er krevende)
  - d) Kliniske erfaringer
  - e) Hemmer/fremmer («*IP i seg selv er vanskelig*»)
  - f) Brukermedvirkning
  - g) Implementeringsarbeid
  
- 2) **Identifisere, systematisere og kode meningsbærende enheter.** Arbeidet bestod nå i å ta utgangspunkt i temaene og identifisere koder. Det ble gjort ved å sortere ut tekst som ble ansett som irrelevant for problemstillingen for så å identifisere meningsbærende enheter. Det ble også definert subtemaer under hver kodegruppe/hovedtema, som en slags overskrift som sammenfattet alt i hvert hovedtema. Dvs tekst med flere ulike nyanser som beskrev forskjellige meningsaspekter av det kodegruppene omfattet. De meningsbærende enhetene ble plassert under subtemaene og i samme kolonne som de foreløpige temaene. Det kunne være enkeltord eller små setninger, og noen av de samme meningsbærende enhetene ble plassert i flere av de sju opprettede temakolonnene. De meningsbærende enhetene ble deretter sortert i ulike kodegrupper, markert med ulike fargekoder for å skille de fra hverandre. All transkribert tekst ble deretter gjennomgått på nytt for å sikre grundig analyse av hele materialet og markert med «passende» farger, ut ifra hvilke kodegrupper de tilhørte. Underveis i denne prosessen kunne man se ut ifra subtemaer og kodegrupper at de hadde flere fellestrekk

og nå kunne sammenfattes ned til fire kodegrupper. Det ble utarbeidet et eget dokument med «gullsitater» som ble systematisert under hver av de fire kodegruppene. Sitatene ble valgt ut ifra hva som kunne tydeliggjøre, forsterke eller nyansere teksten.

- 3) **Kondensere, dvs sammenfatte kodene til en mening.** I denne fasen ble det utarbeidet et arbeidsnotat som skulle brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen. Det ble tatt utgangspunkt i de fire kodegruppene, og en oppsummert tekst i jeg-form ble dannet ut ifra de meningsbærende enhetene og sitat-dokumentet. Funn av felles temaer fra de meningsbærende enhetene dannet nå nye subgrupper. Notatet utgjorde en sum av deltakernes stemmer om det fenomenet som akkurat denne subgruppen fortalte om. Det ble i denne fasen gjort observasjoner som medførte at kodegruppene ble justert ytterligere, for eksempel at *samhandling* ble flettet inn under kodegruppen *kliniske erfaringer*.
- 4) **Sammenfatning, dvs gjenfortelle via en analytisk tekst.** Til slutt i analyseprosessen ble det skrevet en sammenfatning/resultatdel. Det var ment som gjenfortellinger av materialet for å få fram essensen av det som videre skulle drøftes og meddeles andre. Denne teksten ble skrevet i tredjeperson ut ifra kondensatene i trinn 3. I tillegg ble noen utvalgte sitater inkludert i teksten.

Teori ble brukt som bakgrunn og inspirasjon i diskusjonen, se studiens kapittel 5.

### 3.7 Etske retningslinjer

I kvalitativ forskning må man gjennom hele intervjuundersøkelsen være bevisst på det å vurdere etiske problemstillinger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 102). I gjennomføring av intervju kan etiske problemer oppstå spesielt på grunn av de komplekse forholdene som er forbundet med å utforske menneskers liv og det å gjøre denne formen for kunnskap tilgjengelig for andre (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). I den påfølgende del av dette kapittelet vil det fremkomme refleksjoner og etiske vurderinger som ligger til grunn for studien.

I følge de forskningsetiske retningslinjer skal spesielt tre hensyn ivaretas:

1. *Informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi.* Det ble ivaretatt ved å sende ut informasjonsskriv og samtykkeskjema i forkant av intervjuene hvor informantene ble gjort oppmerksomme på at de når som helst kunne trekke seg fra prosessen (vedlegg B).
2. *Forskers plikt til å respektere informantens privatliv.* Det ble ivaretatt ved at jeg i forkant og underveis i intervjuprosessen sørget for at alt fokus var rettet mot forskningsspørsmålet.
3. *Forskerens ansvar for å unngå skade.* Det ble ivaretatt ved å gjennomføre intervjuene på informantens arbeidsplass i deres kjente omgivelser samt tilstrebe en god og trygg atmosfære i rommet. Det ble også gjennomført korte uformelle innlednings- og avslutningssamtaler, slik at vi fikk etablert en «god tone» før intervjuene startet, og for at informantene fikk avrundet med å si litt om hvordan de hadde opplevd deltakelsen.

(Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2009)

Disse retningslinjene kan videre sees i sammenheng med Kvale & Brinkmann som vektlegger følgende tradisjonelle etiske retningslinjer:

1. *Informert samtykke*
2. *Fortrolighet*
3. *Konsekvenser*
4. *Forskerens rolle*

(Kvale & Brinkmann, 2015, s.102). Det ble gjennom hele studieforløpet tilstrebet å ivareta høy grad av etisk refleksjon rettet mot de etiske retningslinjene sett i sammenheng med de tidligere nevnte sju forskningsstadiene beskrevet i hovedpunkt 3.5.

### 3.7.1 Informert samtykke og konfidensialitet

Kvale & Brinkmann beskriver *informert samtykke* og *fortrolighet* som to av de etiske rammer og påminnelser som bør ivaretas ved kvalitativ forskning. Informert samtykke betyr at forskningsdeltakerne informeres om studiens overordnede mål og om hovedtrekkene i designen. Det bør fremkomme informasjon om fortrolighet og om hvem som vil få adgang til datamaterialet. Mulige risikoer og fordeler ved å delta skal også informeres om, samt at man som forsker sikrer seg at informanten deltar frivillig og om retten til å trekke seg ut av undersøkelsen underveis (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Konfidensialitet innebærer at privat data som kan identifisere deltakerne ikke avsløres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106).



Alle informantene i denne studien fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og hver informant gav skriftlig samtykke til å delta (vedlegg B). Informantene fikk også informasjon om muligheten til å trekke seg fra studiet når de måtte ønske det (vedlegg B). Det ble gitt informasjon om tema/problemstilling og prosedyre for hvordan intervjuet skulle foregå (lydopptak). Det ble også informert om at datamaterialet ville behandles anonymt, at intervjuene ville bli slettet ved studiets slutt, forventet tidspunkt for dette, og hvordan oppgaven skulle publiseres.

Det ble i forkant av hvert intervju repetert tema og problemstilling. Informantene bekreftet at de hadde forstått informasjonen og de ble gitt mulighet for avklarende spørsmål før intervjuet startet.

Informanter bør ikke utsettes for økt risiko for fysisk eller følelsesmessig skade, eller ansvar for å delta i en studie (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). For å sikre anonymitet til informantene i denne studien ble ingen navn på informantene brukt. Kvale & Brinkmann påpeker viktigheten av intervjuerens oppmerksomhet rettet mot informantenes opplevelse av mulige etiske krenkelser og at intervjueren bør være i stand til å behandle den mellommenneskelige dynamikken i samspillet (2015, s. 49). Siden informantene i denne studien deler erfaring rundt samme sak - lederansvar, samarbeid og påvirkning av toppledelse – fant jeg det riktig å anonymisere dataene og ikke spesifisere stedsnavn på institusjon eller geografisk område informantene kom fra.

Denne studien ble registrert og godkjent i Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (vedlegg A). Studiens formål lå utenfor helseforskningens virkeområde og det skulle ikke innhentes pasient- eller helseopplysninger. Det krevdes derfor ikke samtykke fra Regional Etisk Komitè (REK). Etter at avdelingsleder for gjeldende enhet/avdeling hadde samtykket i at mellomleder kunne kontaktes, ble det utarbeidet et informasjonsskriv med samtykkeerklæring som ble sendt informantene for gjennomlesing og signatur (vedlegg B).

### 3.7.2 Konsekvenser

Konsekvenser er et annet etisk område som beskrives av Kvale og Brinkmann. Området knyttes til både den mulige skade som kan påføres den enkelte informant og også gruppen de representerer. Det er forskerens ansvar å reflektere over mulige konsekvenser ved å lytte oppmerksomt uten at det fører til kvasiterapeutiske relasjoner som de færreste forskere er utdannet til (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107).

Det ble under hvert intervju opplevd at informantene var rolige og avslappet. Stemningen var god, samtalene var åpne og naturlige, og jeg fikk inntrykk av at informantene var engasjerte og syntes det var interessant å delta. Det ble ikke gitt noen informasjon som i ettertid er blitt vurdert til å være av en slik art at informantene har angret på å ha delt det.

### 3.7.3 Refleksjon rundt egen rolle

Malterud hevder at «*leseren har rett til å forvente at resultatene skal stamme fra det empiriske materialet*» (2017, s. 45), men at forforståelsen som regel er en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang forskning om et ønsket tema, uten å la det overdøve budskapet fra det empiriske materialet.

Planleggingen av denne studien ble bygd på min årelange erfaring som leder/mellomleder i 2. linjetjenesten hvor implementeringsarbeid av IP stod sentralt. Min behandlerrolle i 1. linjetjenesten bidro også til nyttig erfaring som påvirket valg av tema. Arbeid med individuell plan og samhandling på tvers av linjer og forvaltningsnivåer er sentralt innen helse- og omsorgstjenesten. Jeg var godt kjent med gjeldende lovverk og nasjonale føringer for IP, og hadde mye av den samme erfaringsbaserte kunnskap som informantene. Det var derfor viktig å bevisstgjøre seg spørsmålsformuleringen underveis i intervjuene, slik at det ble en balanse i samspillet og at min forforståelse ikke ble fremhevet på en slik måte at det ville farge svarene. Malterud hevder at forskeren selv er det viktigste verktøyet for tolkning (2017, s. 43). Det leder fram mot erkjennelsen av at man som forsker utgjorde en del av temaet som ble undersøkt, og at man ikke fornektet sin egen rolle (Malterud, 2017, s. 42). Det vil for forskeren være vanskelig å ikke ha et visst innenfra-perspektiv. Forskeren må være kjent med at kvalitativ analyse innebærer mulighet for flere gyldige alternative tolkninger samtidig (Malterud, 2017, s. 114). Min bakgrunnskunnskap og erfaring med IP-arbeid gjorde at jeg hadde nettopp et slikt innsiddeperspektiv. Fordelen var at jeg kjente temaet fra før og dermed hadde kunnskap på området. Ulempen var at det var utfordrende å få en avstand til tematikken slik at jeg skulle kunne se det fra andre og nye perspektiver. Det ble derfor viktig å bevisstgjøre seg at man i forskningsprosessen ikke bevegde seg mekanisk og lineært, men gikk tre skritt fram og to tilbake, slik Malterud beskriver (2017, s. 113). Det ble utarbeidet en prosjektlogg som var til nytte for å finne tilbake til detaljene i analyseprosessen, registrere ettertanker, refleksjoner over studieprosessen og utfordringer underveis. Notater og refleksjoner i loggen tydeliggjorde prosessen fra min forforståelse rundt at IP-arbeidet ikke blir nok prioritert, til å finne årsakssammenhenger til dette ved å analysere funnene fra den

kvalitative studien. Notat fra prosjektloggen viste også at prosessen var noe avvikende i forhold til min opprinnelige framdriftsplan, at ting tok litt lenger tid og at oppdagelser gjort underveis påvirket prosessarbeidet. Dette ble opplevd som nyttige erfaringer i min kunnskapsutvikling.

### 3.8 Metodediskusjon

For å sikre forsvarlig kvalitet på en forskningsstudie, er et hensiktsmessig metodevalg av stor betydning. Jeg vil prioritere Malteruds forståelse av dette, men for å gi tenkningen ytterligere bredde og forståelsesramme henviser jeg også tidvis til Kvale & Brinkmann. Kvale & Brinkmann trekker fram begrepene *reliabilitet* (pålitelighet), *validitet* (gyldighet) og *generaliserbarhet* som indikatorer på forsvarlig kvalitet (2015, s. 275).

#### 3.8.1 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler forskningsresultatenes troverdighet, og kan blant annet påvirkes av intervjueteknikken og hvordan forskeren uforvarende kan påvirke svarene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Dette ble ivaretatt ved at jeg var fokusert og bevisst på at svarene ikke ble ledet i en ønsket retning. Underveis i samtalen fremkom data som ikke var relevant for problemstillingen, slik at samtalen måtte justeres i takt med spørremåten.

Relevans eller gyldighet er sentrale dimensjoner for vitenskapelighet, og sier noe om hva våre resultater gir gyldig kunnskap om (Malterud, 2017, s. 193). Malterud sier at vi sjelden kan svare ja eller nei på om de svarene vi har funnet er sanne, men at vi ved hjelp av valgt metode og materialet blir gitt anledning til å si noe om hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har (2017, s. 23).

#### 3.8.2 Validitet

Malterud forstår *intern validitet* som det å vurdere om en har benyttet relevante begreper og kartleggingsmetoder, og om språk og kultur kan være medvirkende faktorer som påvirker dette (2017, s. 23). Malterud sier videre at validitet også omhandler spørsmål om overførbarhet, eller *ekstern validitet* (Malterud, 2017, s. 24). Dette knyttes til konteksten våre funn er kartlagt fra, og på hvilken måte våre funn kan sikre overføringsverdi til en annen

kontekst, for eksempel til en befolkning fra en annen kultur (Maltrud, 2017, s. 24). Malteruds tredje spørsmål tilknyttet validitet, setter hun i sammenheng med krav om *konsistens*, eller en synlig rød tråd (2017, s. 25). Dette forklarer hun som at det skal være en logisk forbindelse mellom valgte problemstilling, tilknyttede teorier, metoder og data som fører frem til den nye kunnskapen.

For å sikre studiens validitet ble det underveis stilt spørsmål rundt relevans til problemstilling, utvalg, datainnsamling, teoretiske perspektiver, analysestrategi og presentasjonsform. Noen informanter medga at de hadde vært litt usikre på deltakelse på grunn av de «*jobber så lite med IP for tiden*», «*andre ting har overtatt for IP*», eller en opplevelse av at de skulle bli «*sett i korta*»/kontrollert/bli avdekket evt feil og mangler». Disse uttalelsene opplevde jeg som interessante og styrket validiteten og troen på at temaet var relevant. Studien innebar et opponentskapsseminar hvor jeg fikk respons på oppgaven så langt i prosessen. På det tidspunktet var alle intervjuer gjennomført og tekst transkribert og analysert. Ën tilbakemelding var rettet mot problemstillingen hvor det ble foreslått å omformulere fra «*Hvilke erfaringer har ledere.....*» til «*Hvordan opplever ledere.....*». Mitt resonnement var at «hvordan opplever» ville kunne resultere i beskrivende opplevelsene rundt IP, forsterket med adjektiver som for eksempel umulig, slitsomt, unødvendig, viktig, fint osv. Mens «hvilke erfaringer» ville kunne gi mer helhetlige historiefortellinger basert på svar fra intervjuguiden og rettet mot det jeg i utgangspunktet ønsket å finne ut av; årsaker og sammenheng til at IP-arbeidet ikke blir prioritert slik forskriftene sier. Jeg vurderte dette til å være en viktig validering av problemstillingen hvor jeg valgte å beholde den opprinnelige ordlyden.

Kvale & Brinkman setter validitet i sammenheng med håndverksmessig kvalitet, og at det gjennomsyrrer alle de syv stadiene i forskningsprosessen (2015, s. 277). Valideringen avhenger av kvaliteten på undersøkelsen og sjekkes ved å undersøke feilkildene. Veileder hadde en aktiv rolle i analysearbeidet, slik Malterud anbefaler (2017, s. 100). Det styrket validiteten ved at vi sammen drøftet foreløpige tema og landet de fire hoved-kategoriene. For å validere ble det stilt spørsmål underveis i intervjusituasjonen, og på den måten sikret at informasjonen ble gitt og forstått på den måten informanten hadde til hensikt å meddele. Jeg var bevisst på egen forforståelse og tilstrebet at den ikke påvirket verken spørsmålsformulering eller forutinntatthet i forkant eller underveis i intervjuet. Oppfølgingsspørsmål ble stilt slik at det kunne lede til empiriske data med mest mulig fokus rettet mot

problemstillingen (Malterud 2017, s. 55), og for å ivareta det Malterud omtaler som *intern validitet*.

Jeg var tidligere kollega og samarbeidspartner med enkelte av informantene, noe som kunne ha påvirket intervjusituasjonen og svarene. Dette ble bevisstgjort og ivaretatt før intervjuene startet ved at jeg meddelte viktigheten av rolleavklaring og at gjensidig tillit var sentralt. Den kjente relasjonen medvirket til at tonen var god og avslappet helt fra starten av og ble ikke opplevd utfordrende underveis i intervjusituasjonen. Det gav en trygg atmosfære og det ble ikke opplevd at det påvirket svarene.

### 3.8.3 Generaliserbarhet

I kvalitative studier som denne kan man stille seg spørsmål om funnene er generaliserbare. Det vil si om resultatene primært er av lokal interesse eller om de kan overføres til andre situasjoner og kontekster (Kvale & Brinkman, 2015, s. 289). I denne studien kunne man stille seg spørsmål om sju informanter fra Helse Sør-Øst var nok til å kunne si at funnene som presenteres har overføringsverdi til andre ledere i tilsvarende stillinger. Jeg gjorde et strategisk utvalg for å få svar på problemstillingen. Ledere/mellomledere som jobbet nærmest behandlere og brukere/pasienter ble valgt da deres erfaring var viktig for å forstå implementeringsarbeidet. Alle informantene hadde relevant erfaring. Ut ifra bestemmelsen om at individuell plan er lovregulert og at det ikke utpeker seg særskilte grunner til at det valgte geografiske området har spesielle utfordringer relatert til problemstillingen, var det grunn til å tro at sju relevante informanter var grunnlag nok til å kunne sikre overføringsverdi og det Malterud definerer som *ekstern validitet* (2017, s. 24). Det måtte allikevel tas hensyn til individuelle forskjeller hos lederne og rammebetingelser på de ulike arbeidsplassene.

### 3.8.4 Konsistens og variasjonsbredde

Antall år som leder ble ikke fokuset på eller tematisert i utvalgsprosessen. Det at alle informantene viste seg å ha mange års ledererfaring medvirket til utfyllende beskrivelser i forhold til erfaringsbasert kunnskap. Man kan allikevel tenke at et enda større sprik i informantenes alder og færre år som leder ville kunne gi en variasjonsbredde som kunne beskrevet flere nyanser av samme fenomen (Malterud, 2017, s. 59). Informantene medga at de var opptatt av fagutvikling, etterlevelse av lover, forskrifter og andre pålagte verktøy jfr deres enhet eller avdeling. Dette tolket jeg som at informantene var engasjerte og opptatte av bl.a.

implementering av gjeldende IP-forskrifter. Flere hadde forberedt seg til intervjuet ved å oppdatere seg på lover og interne prosedyrer. Svarene deres ble oppfattet som uttrykk for lang erfaring på implementeringsarbeid, og jeg var underveis bevisst på å få frem dimensjonene som var viktige for undersøkelsen, slik Kvale & Brinkmann anbefaler (2015, s. 48).

Beskrivelser og opplevelser av IP-arbeid kom godt til uttrykk gjennom hele intervjusituasjonen, jeg var fokusert og tok ansvaret for å holde den røde tråden og ivaretok det Malterud beskriver som *konsistens*.

Intervjuene hadde en gjennomsnitt varighet på ca 40 minutter,- noe som opplevdes å være passe tid for å ivareta spørsmålsstilling, informantenes mulighet for å gi både åpne og direkte svar, samt å oppklare evt flertydigheter. Jeg informerte underveis hvor langt man var kommet i intervjuet og hvor mange spørsmål som gjenstod. Det ble opplevd som nyttig hos informantene, slik at man ivaretok et visst tidsaspekt på intervjusekvensen. Informantene gav uttrykk for at de fikk sagt det de ønsket, og det ble ikke opplevd som vanskelig å avslutte intervjuene.

Til slutt ble funnene knyttet opp imot min forforståelse og aktuell teori. I kvalitativ studie fra medisin og helsefag forholder man seg til vitenskapsteorien. Med støtte fra allerede eksisterende teorier, vil man med dette kunne skjerpe fokus i analysen slik at det ikke bare ble gjenfortellinger av hva andre hadde sagt eller det vi tror vi har hørt (Malterud, 2017, s. 87).

## 4 RESULTAT

### 4.1 «Informasjon er risikosport» og krever gode systemer

Informantene gav uttrykk for at de generelt var opptatt av fagutvikling og etterlevelse av pålagte lover, forskrifter og regelverk, samt kvalitetssikring av alt arbeidet som ble utført på deres enhet. De ønsket å være ledere av levende og utviklende organisasjoner hvor man ønsket å skape eller ivareta gode strukturer ved å tilrettelegge for både den enkelte ansattes egeninteresse og ønske om faglig vekst, samtidig med implementering av IP-arbeid og andre førende regelverk gjeldende for hele organisasjonen. Det fremkom ønsker om å ha fokus på tverrfaglig samhandling på tvers av linjer og etater, på brukermedvirkning og på det å dele informasjon, kunnskap og erfaring.

Informantene gav uttrykk for at det var krevende øvelser å skulle nå alle sine ansatte med nødvendig informasjon, oppdatering, veiledning og undervisning. De var opptatt av hele personalgruppas medvirkning i implementeringsarbeid og oppgav mange ulike informasjonskanaler og arenaer for undervisning og kunnskapsdeling. Flere av informantene gav uttrykk for nødvendigheten av å sikre en felles forståelse, nytteverdi og hensikt med det som skulle implementeres. Det ble uttrykt at «.....*hvis du får gjengen til å forstå hvorfor det blir gjort på den måten, så er det lettere å få til en endring....*». Fellesmøter, rapporter, personalmøter og internundervisning ble nevnt som arenaer for å ivareta nødvendig kommunikasjon. I tillegg ble ulike informasjonsskriv og ikke minst mail nevnt som ofte benyttede kanaler til å gi sine medarbeidere opplevelse av medvirkning. Noen hadde gode systemer og rutiner på dette, mens hos andre var det litt mer «løst» og tilfeldig. Noen gav uttrykk for at de med fordel kunne ha bedre struktur i møtene sine, og at enkelte ting var ute av rutine pga covid-situasjonen. Det fremkom ulik praksis på hvordan man meddelte og videreførte kunnskap etter kurs og videreutdanning. Noen informanter sa de hadde gode systemer ved f.eks fast ukentlig internundervisning, og at det var et krav om kunnskapsdeling når noen hadde fått økt fagkompetanse. Dette ble av en informant uttrykt slik: « *...det er satt under tvang!.....Her er det ingen som får dra på verken kurs eller utdanning uten å ha internundervisning etterpå*». Dette ble hos noe personell opplevd som engasjerende og motiverende i fht kunnskapsutvikling, mens det hos andre kunne medføre at de valgte å ikke delta på kurs osv, fordi de ikke ville undervise ved tilbakekomst. Flere av informantene sa de forsøkte å sitte mest mulig med åpen dør som et tegn på tilgjengelighet for resten av personalgruppa. Coronasituasjonen og ubesatte lederstillinger ble oppgitt som årsaker til at

man den siste tiden ikke hadde kunnet ivareta samme ønskede tilgjengelighet eller avholdt møter og gjennomført undervisning og veiledning slik man pleide. Hos enkelte var ulik geografisk plassering av enhetene en utfordring når leder skulle sikre all nødvendig informasjon og opplæring.

Informantene hadde ulik størrelse på enhet/team de hadde lederansvar for, både i forhold til antall brukere/pasienter og i forhold til antall ansatte. Ën informant hadde ikke økonomi- og personalansvar, mens de resterende hadde et helhetlig lederansvar for en tverrfaglig personalgruppe. Personalet ble hos de fleste beskrevet å ha ulikt engasjement i forhold til å holde seg oppdatert, søke kunnskap, vise interesse for å ta på seg ekstraoppgaver eller være en ressursperson innen ulike fagområder. Det fremkom ingen tydelige tilbakemeldinger på at yrkesidentitet hadde vesentlig betydning for ivaretagelse av IP-arbeidet, snarere at det var personavhengig. Noen gav allikevel uttrykk for at sosionomene var den yrkesgruppen som utpekte seg til å ha mest fokus på generell ivaretagelse av brukernes rettigheter. Fastlegene ble nevnt som den yrkesgruppen som var minst deltagende i IP-arbeidet.

Informantene gav uttrykk for hektiske hverdager med stor informasjonsflyt og en mengde implementeringsarbeid som skulle ivaretas samtidig i daglig drift og uten tilpassede rammebetingelser. Det ble gitt uttrykk for at det var krevende å sikre god informasjonsflyt. En informant uttrykte at *«....det skjer så mye nytt....om dagen. Det er hele tiden nye ting som skal innføres.....Ja, det er masse ting vi skal over på, så vi har valgt å ha ett personalmøte i uka slik at alle skal få med seg dette her»*. En annen informant uttalte at *«informasjon er risikosport»*, og hevdet at det var så å si umulig å sikre at all nødvendig informasjon nådde ut, ble forstått og etterlevd like godt av alle. I arbeidet med å kartlegge tidstyver, mente noen at enkelte møter fint kunne erstattes med en god og informativ mail, mens andre erfarte at en for stor mailstrøm kunne virke ødeleggende og at det var en usikker metode for å sikre at informasjon ble lest og nyttiggjort seg. Noen mente det var den enkeltes ansvar å selv holde seg oppdatert og søke kunnskap, og at leder derfor valgte å ikke *«fly etter som ei vaktbikkje»*. Informantene gav uttrykk for at alt implementeringsarbeid innebar å holde ting varmt, etterspørre og påminne. Dette ble opplevd som tidskrevende og en påkjenning i det daglige arbeidet, og flere gav uttrykk for at de ikke hadde klart seg uten støtte fra for eksempel assisterende seksjonsledere, fagutviklingssykepleiere eller andre nøkkelpersoner som hadde spesifikke roller og oppgaver.



## 4.2 IP-arbeidet forankret i ledelsen, men skjøvet til side av systemets krav og overordnede føringer

Informantene gav uttrykk for at IP-arbeidet var forankret i fag- og toppledelse ved at det ble ivarettatt i ulike maler, informasjonsskriv, dokumentasjonssystemer og brukerundersøkelser. Eksempler på dette var IP-kartlegging ved rutinemessige inntakssamtaler, informasjonsbrosjyrer og oppsummering ved utskrivelse eller behandlingsavslutning. En informant sa at de hadde fått tydelig beskjed fra sektorleder om å bruke det nyinnkjøpte elektroniske IP-verktøyet, SamPro, som *«de mener er bra for pasienten»*, og at det på den måten var ledelsesforankret. Informantene opplevde at IP-arbeidet ut over dette ikke lenger var særlig etterspurt i fag- og toppledelse, og at man derved kunne tenke at IP hadde «satt seg». Likevel mente de fleste at langt flere pasienter kunne ha nyttiggjort seg IP, men at IP-arbeidet ikke lenger var høyt nok prioritert i arbeidshverdagen. Selv om fokus på IP ble ivarettatt i maler, brosjyrer og tilbakemeldingsverktøy, opplevde flere informanter at de allikevel ikke prioriterte IP-arbeidet godt nok. En begrunnelse var at man ikke tok seg tid til å stille grundige eller detaljerte nok spørsmål til brukeren/pasienten. En informant sa at: *«man skynder seg forbi for å rekke resten»*. Hovedvekten av informantene var tydelige på at de primært måtte forholde seg til overordnede føringer og at det ikke var særlig anledning til å selv velge eller prioritere hvilke endrings- og implementeringsprosesser man ønsket å gå inn i. Opplevelsen var at det meste ble styrt ovenfra under et stadig økende tidspress og øvelser i fart, og at IP-arbeidet ble skjøvet mer og mer til side. *«Man får bare mindre tid på å gjøre mer på»*.

Selv om hovedvekten av informantene hadde hjelp og støtte fra nødvendige nøkkelpersoner, opplevde de allikevel et stort ansvar og arbeidsbelastning i alt implementeringsarbeid. Alle planer, maler, dokumenter og rutiner som kontinuerlig skulle implementeres samtidig med å sikre kvalitet, brukernes og pårørendes rettigheter, fagutvikling og organisasjonens idègrunnlag ble opplevd som at man *«druknet i arbeid»*, og at det hovedsakelig handlet om å *«holde hode over vann»*. De fleste informantene sa at de måtte stå for hovedvekten av alt implementeringsarbeid selv, uten hjelp fra andre. En informant meddelte at man i den organisasjonen hadde eksterne implementeringsveiledere som reiste rundt og gav en times undervisning rundt det nye som skulle etableres. En annen informant savnet implementeringsansvarlige som kunne hjelpe enhetene med å få det til, og sa at *«.....per nå så tenker jeg at det sitter mange rådgivere rundt omkring med masse kunnskap, som sitter på kontorene sine og har det som en relativt godt bevart hemmelighet»*. Flere av informantene

gav uttrykk for at det var altfor mange styringsdokumenter som skulle kvitteres på til samme tid, og at IP-arbeidet nok led litt under det. Samtidig var det en informant som vektla at IP-arbeidet var godt kjent og implementert i organisasjonen, men allikevel ikke høyt nok prioritert i arbeidshverdagen. Informanten kunne ikke påpeke årsaken til dette, men var tydelig på at det ikke var tidspress eller annet implementeringsarbeid som var årsaken.

Opplevelsen var at IP-arbeidet var ledelsesforankret, men allikevel gav informantene uttrykk for at de savnet tydelighet rundt dette. Kontrollkommisjonen ble nevnt som det eneste organet som etterspurte IP-arbeid, og at det ellers var lenge siden at det ble fokusert på i ledergruppene. Dette ble uttrykt slik av en informant: *«I toppledelse har nok IP òg lidd under at det har kommet andre viktigere aktualiteter.....ikke IP som omtales mer.....det er for så vidt forankret, men det er mer usynlig og blir ikke lenger etterspurt av ledelsen»*. En annen informant mente at stadig sammenfallende endringsprosesser kunne omhandle manglende organisasjonsforståelse hos toppledelsen, og at *«det ene slår nesten det andre prosjektet i hjel»*, og *«jeg lurer på om folk snakker sammen»*.

Informantene gav uttrykk for at intensjonene rundt IP og annet planarbeid var gode, men at det ikke fungerte i praksis. Opplevelsen var at stadige endringsprosesser uten tilførte/justerte rammebetingelser i form av økte ressurser og implementeringsrådgivere, medførte at IP-arbeidet *«sklir ut, stagnerer, rakner og dør»*, og at andre ting som for eksempel pakkeforløp, ATC og FACT-team, behandlingsplaner og kriseplaner hadde overtatt. Dette ble uttrykt som medvirkende faktorer til at noen gjorde nødvendige IP-registreringer *«kun for å tilfredsstillе systemet»*. En informant sa at *«Vi behandlerne får ikke drevet helsetjeneste fordi vi bruker mer og mer av tiden vår på å tilfredsstillе kontrollørene at vi gjør det vi skal»*. Fellestrekk hos alle var allikevel opplevelsen av at IP var både nyttig og nødvendig for å ivareta brukermedvirkning og samarbeid på tvers av linjer og etater i arbeidet mot et felles mål.

Noen informanter i 1. linjetjenesten erfarte utfordringer med å få 2. linjetjenesten med i planarbeidet. Noen sa også at det i lengere tid hadde vært erfaringer på at det ble satt urealistiske krav og forventninger til hva det kommunale hjelpeapparatet kunne bidra med, men at dette ble opplevd som bedret de siste årene. Informanter fra 2. linjetjenesten uttalte

nødvendigheten og nytteverdien av tverretattlig samarbeid, men at de ikke lenger hadde kapasitet til å opprette eller ivareta IP-arbeidet i like stor grad som tidligere. Dette ble sett i sammenheng med blant annet tidspress og kortere liggetid på sengeposter. 2. linjetjenesten gav uttrykk for at de var inneforstått med ansvaret de hadde rundt å starte planarbeidet og at oppfølgingsansvaret lå i kommunen. Både 1. og 2.linjetjenesten opplevde at det elektroniske meldingssystemet, PLO, var til god hjelp for ivaretagelse av kommunikasjon og samarbeidet mellom linjene. En informant gav uttrykk for at aktivt IP-arbeid kunne bidra til å forebygge misforståelser i hjelpeapparatet, og uttrykte det slik: «*Pasienter kan si at «de sa det sånn på NAV», eller «DPS`et sier jeg skal gjøre det slik» eller «psykisk helse stiller ikke opp.....» Og så er det ikke alltid at dette stemmer, da. Og da må man få satt seg rundt bordet og prate sammen».*

#### 4.3 Ulik erfaring rundt brukermedvirkning

Informantene gav uttrykk for at brukermedvirkning alltid var en viktig del i behandlingsprosessen. Det fremkom refleksjoner rundt ulik praksis, slik som i dette sitatet:

*«Vi gjør mye bra i psykiatrien, men vet vi alltid hvor vi vil hen? Vet vi hvem som gjør hva, hvor, hvorfor og hvordan? Vi er opptatte av terapeutiske metoder, vi er opptatte av økonomi, jeg vet ikke hva. Men noen ganger tenker jeg.....hvem har spurt.....pasienten om hva han er interessert i?»*

Det fremkom ulik erfaring på hvordan man i praksis ivaretok brukermedvirkning. Noen mente at ingen planer eller systemer kunne ivareta brukermedvirkningen bedre enn en god IP, og at det fremstod som helt meningsløst å lage en IP uten at pasienten selv var med i planarbeidet. Informantene mente at IP var et godt verktøy for å ivareta brukernes stemme, og at det var viktig å sikre IP`ens overføringsverdi. Det ble påpekt nødvendigheten av at brukeren måtte være delaktig og ha eierskap til planen sin. Det ble også sagt at brukerperspektivet hadde vokst, og at brukerundersøkelser og andre tilbakemeldingsverktøy hadde kommet for å sikre brukernes stemme i hele behandlingsprosessen.

LAR ble beskrevet å ha et veldig «*stivt og rigid regelverk*» som medførte at brukerperspektivet ble nedtonet og at det til slutt var spesialisthelsetjenesten som hadde det

siste ordet. Det fremkom også ulike erfaringer og tanker om hvorvidt elektronisk verktøy var særlig brukervenning. Erfaringene omhandlet spesielt rusavhengige som ofte ikke hadde bank-ID, mobiltelefon eller PC tilgjengelig, noe som medførte at brukeren ikke fikk det eieforholdet til planen som man burde og at det i stor grad ble behandleren som styrte dokumentet.

Noen mente de måtte jobbe med å slippe brukeren mer til og at behandleren måtte være mer tilbakeholden med å fremme mål på vegne av pasienten. Noen sa de måtte tørre å etterspørre og tåle pasientens egne mål, uttrykt på følgende måte av en informant: *«Jeg må akseptere at brukeren har egne, og til tider «hårete» eller svevende mål. Hjelp dem å gå veien skritt for skritt, evaluere underveis»*. Enkelte informanter erfarte at det var vanskelig å jobbe mot mål som behandleren opplevde som urealistiske eller ikke i tråd med hva hjelpeapparatet mente var mest relevant, og at det da var fort gjort å *«ta styringa»*.

Flere informanter erfarte at noen brukere gjerne i en behandlingsprosess ønsket å trekke seg tilbake og overlate ansvaret til behandlerapparatet for en periode, fordi de var for slitne eller syke til å orke å komme med ønsker, sette seg mål og ta egne valg. Noen informanter erfarte at enkelte brukere hadde forventninger om at alle deres komplekse utfordringer skulle komme på plass under en innleggelsesperiode, noe som opplevdes som så å si umulig å ivareta i løpet av korte innleggelses på døgnpost, og som derved kunne utfordre brukerperspektivet i arbeidet med IP.

Selv om flere informanter hadde refleksjoner rundt utfordringer og forbedringsarbeid for brukervedvirkning, var det også noen som hadde gode og nyttige erfaringer å vise til. For eksempel ble gjeldende maler for førstegangssamtaler og innleggelse nevnt som gode verktøy hvor man kunne fokusere på brukernes egen motivasjon og delaktighet i planarbeidet. Det var også erfaringer med at både elektronisk verktøy og papirversjon kunne være nyttige redskap i ansvarsgruppemøter hvor alle plandeltakere sammen gjennomgikk hvert mål og delmål, evaluerte og satte opp nye. Opplevelsen ble da beskrevet som både brukervennlig og terapeutisk selv om det ikke var brukeren selv som satt med PC'en foran seg og slik sett styrte planarbeidet.

Det fremkom flere erfaringer på brukere som tidlig i behandlingsperioden hadde takket nei til IP, kunne ombestemme seg senere i forløpet takke ja. Det ble satt i sammenheng med at det ofte ble gitt mye informasjon i en sårbar innleggelsesfase eller i første kontakt med

hjelpeapparatet, og at mange brukere på det tidspunktet ikke hadde forutsetninger nok til å kunne ta stilling til IP. Dersom IP ble tematisert og presentert senere i behandlingsforløpet, var det flere erfaringer på at pasienter ombestemte seg, takket ja, og at det ble et nyttig verktøy hvor brukermedvirkningen ble godt ivaretatt. Noen mente også at det var personavhengig i fht hvordan behandleren presenterte eller «solgte inn» informasjonen om IP. Det kunne omhandle behandlerens egne erfaringer rundt planarbeidet, som igjen påvirket egen motivasjon. Det kunne også være påvirket av behandlerens måte å spørre og informere på. En informant sa: *«Jeg kan få folk til å si at de vil ha IP. Jeg kan også få folk til å si at de ikke vil ha det».*

#### 4.4 Ser nytten med IP, men det er mange komplekse barrierer

Informantene var tydelige på at IP i seg selv var nyttig og at ingen andre enkeltstående planer eller verktøy kunne erstatte ivaretagelse av brukermedvirkning, tverrfaglig og tverretattlig samarbeid så godt som en god og levende IP. Samtidig mente informantene at dagens arbeid med IP av ulike grunner ble for lite vektlagt. Det ble forklart med at ting har endret seg og at andre samarbeids- og kommunikasjonsformer har overtatt. Det digitale meldingssystemet PLO ble nevnt som et eksempel på at det var blitt lettere å nå hverandre på tvers av linjer.

En av informantene tydeliggjorde at man kunne gå glipp av en del synergieffekter dersom IP-arbeidet ikke ble godt nok implementert og ivaretatt. Flere sa de var usikre på om IP har fungert etter intensjonene, og at det på sett og vis har vært uklart hvem som har hatt ansvaret for å få det til. Noen hadde erfaringer på både ansvarsfraskrivelse og opplevelse av en slags forvaltningskamp. Dette ble uttrykt på følgende måte av en informant:

*«...vi hadde en periode der det var viktig å få noen mål inn i en IP, for da skulle det liksom være å forstå som at det hadde blitt fattet et enkeltvedtak på vegne av ting fram i tid. Og så fikk vi en del konflikter på det å forstå seg på hva dette her egentlig var.....Når det blir brukt nærmest som et brekkjern for andre agendaer, da fungerte det mindre godt».*

Opplevelsen av at IP-arbeidet hadde «satt seg» ble hos enkelte beskrevet som en faktor som påvirket IP-arbeidet positivt, da man ikke lenger trengte å bruke tid på å forklare sine ansatte verken det juridiske rammeverket eller hvordan man skulle forholde seg til planarbeidet. At

koordinatorrollen var tydelig plassert, ble meddelt som en faktor som hadde bidratt til at IP-arbeidet ikke lenger var så «skummelt» å forholde seg til. Informantene sa også at det gjaldt å ikke gjøre arbeidet for voldsomt og omfattende, slik at både brukeren og de andre deltakerne i planarbeidet fikk felles målforståelse og tydelighet på hvem som gjorde hva. Å dele suksesshistorier, nyttig erfaring og kunnskap med hverandre ble opplevd som faktorer som kunne fremme behandlernes engasjement for planarbeidet, noe som igjen påvirket både samarbeidsklima og brukernes motivasjon til egen medvirkning. Det å holde temaet varmt, minne på i personalgruppa og etterspørre IP i ansvarsgruppemøter ble nevnt som nødvendige faktorer for å ivareta bevisstgjøring av IP-arbeidet. Noen informanter hadde erfaring med at IP-arbeidet ble bedre ivaretatt dersom man hadde en ildsjel som kunne se og videreformidle nytteverdien av IP og være en positiv rollemodell i implementeringsarbeidet.

Mange av informantene meddelte at deres egen motivasjon og engasjement rundt IP-arbeid ble positivt påvirket dersom de erfarte at IP var godt fokusert og forankret i fag- og toppledelse. Dersom IP-arbeidet ble tematisert i maler, informasjonsbrosjyrer, tilbakemeldingsverktøy og etterspurt i kvalitetssikringsystemer og i ledermøter, ble det opplevd som et viktig implementeringsarbeid man som leder ikke kunne bortprioritere, og som ville være med å fremme IP-arbeidet.

Enkelte informanter gav uttrykk for at de ikke lenger klarte å se den samme nytteverdien av IP og IP-arbeidet nå som tidligere. Nye planer og styringsdokumenter hadde tatt fokuset vekk fra IP, og de fleste informantene opplevde det som en uoverkommelig jobb å skulle ivareta et tilfredsstillende IP-arbeid i takt med alt annet implementeringsarbeid de var satt til å skulle håndtere i daglig drift. Opplevelsen var at intensjonene var gode, men så og si umulig å gjennomføre i praksis. Flere av informantene og deres ansatte opplevde IP-arbeidet som en merbelastning, noe som kunne medføre dalende motivasjon hos både ledere og deres ansatte.

Krav om høyere aktivitet på kortere tid ble beskrevet som barrierer i IP-arbeidet. Sengeposter som legges ned, kortere liggetid på sentralsykehus og DPS, relevant behandling samtidig med fokus på å forebygge reinnleggelser, ble nevnt som påvirkende faktorer som hemmet IP-arbeidet. Øvelser i fart, stadige endringsprosesser, forventinger rundt å bli målt på kvalitet og

tall,- alt dette uten justerte rammebetingelser, ble av flere meddelt som negativt påvirkende faktorer som medførte at man ikke hadde ressurser til optimal fagutvikling, veiledning og ivaretagelse av et godt fungerende IP-arbeid. Tidspress ble hos flere informanter beskrevet som en faktor som kunne påvirke deres motivasjon og prioritering av IP-arbeid, noe som ble uttrykt som «*smittsomt*» og kunne påvirke resten av personalgruppa. Èn informant var dog tydelig på at tidspress eller annet implementeringsarbeid ikke var en hemmende faktorer, uttrykt med:

*«jeg vet ikke hva kluet er, jeg altså. Men det er jo veldig synd, for det er et kjempebra verktøy, vet du. Men vi får det på en måte ikke opp å stå.....Vi etablerer IP`er ...så stagnerer det. Så resignerer vi. Og så blir det ingenting».*

I noen tilfeller kunne informantene erfare at IP-arbeidet kunne bli motarbeidet i personalgruppa eller fra bruker eller samarbeidspartnere. Dette kunne skje dersom man ikke hadde en felles forståelse av nytteverdien, og få eller ingen suksesshistorier å knytte de til. I kampen om alt implementeringsarbeid, kunne man erfare at IP-arbeidet smuldret bort inni mengden av alle andre rutiner som skulle ivaretas for å sikre faglig forsvarlighet og de stadig økende pasientrettighetene. I noen tilfeller ble derfor IP-arbeidet bevisst nedprioritert.

Ubesatte lederstillinger og den siste tids pandemisituasjon ble beskrevet som medvirkende faktorer til at IP-arbeidet ikke ble ivaretatt optimalt.

Det elektroniske verktøyet, SamPro, ble, spesielt av 2. linjetjenesten, oppgitt som en barriere i IP-arbeidet fordi det ble opplevd som et merarbeid da ikke alle kommunene i nedslagsfeltet benyttet seg av dette. Behandlerne opplevde det ugreit at dette systemet krevde innlogging via behandlernes egen bank-ID for å kunne benytte seg av verktøyet. En informant uttalte:

*«....det har vært perioder her hvor det er blitt krevd at behandlerne skal logge seg inn med egen bank-ID for å komme inn i en individuell plan i kommunen. Altså....det går ikke! Da har toget gått allerede. Da blir det ikke gjort. Man må jekke ned det administrative litt, og tenke på «hvorfor gjør vi det?» Jeg tror at da kommer man mye lenger».*

## 5 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg belyse og diskutere studiens resultater opp imot tidligere presentert teori. Jeg vil drøfte hvordan problemstillingen kan besvares ut ifra resultatene. Videre vil jeg se på hvordan funnene kan tolkes og settes i sammenheng med lederes ansvar for implementering sett i lys av det teoretiske rammeverket presentert i studiens kapittel 2. Relatert til psykisk helsearbeid er dette kunnskap som kan brukes i enhver institusjon i 1. og 2. linjetjenesten hvor mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få sine rettmessige tilrettelagte helsetiltak ivaretatt. Jeg vil vurdere hvilke implikasjoner resultatene har for praksis og politiske satsninger, og med bakgrunn i de begrensninger jeg har funnet belyse de områder jeg mener kan gi grunnlag for videre forskning.

Hovedfunnene i denne studien kan oppsummeres i følgende fire resultater/temaer:

- Informasjonssystemer i IP-arbeid
- Ledelsesforankring, systemets krav og overordnede føringer
- Brukermedvirkning
- Ser nytten, men mange komplekse barrierer

Disse funnene må sees i sammenheng med de overordnede helsepolitiske føringene tilknyttet de juridiske retningslinjer rundt initiering av IP til de pasienter/brukere med langvarige og koordinerte tjenester innen offentlig helsevern (hovedpunkt 2.2). Videre må det sees i sammenheng med lederes ansvar for implementering av overordnede satte føringer. Lederes ansvar er blant annet å sikre resultater via de ansatte ved å håndtere styringsaspektet godt, kombinert med evne til både utviklings- og endringsfokus (hovedpunkt 2.3).

### 5.1 Informasjonssystemer i IP-arbeidet

God organisering og veiledning er en viktig forutsetning for å kunne lykkes i IP-arbeidet (Bakke, 2011). I denne studien kan dette sees i sammenheng med informantenes ønskede fokus på fagutvikling og ivaretagelse av gjeldende lover, forskrifter og regelverk.

Informantene vektla ønske om nødvendig samhandling på tvers av linjer og etater, samt nytteverdien av en god delingskultur, - noe som kreves at blir satt i gode systemer for å oppnå en hensiktsmessig funksjon av IP-arbeidet.



Når en kjernekomponent som IP skal implementeres i en organisasjon, er det ifølge forskning viktig å fokusere på *hvordan* implementeringsarbeidet skal foregå og *hvem* som skal gjøre det (Fixsen & Ogden, 2014). Funn fra denne studien viser ulike erfaringer på hvordan IP er implementert og ivaretatt. Noen mener at IP'en har «satt seg», noen erfarer at arbeidet blir ivaretatt via mailer og informasjonsskriv, noen har en ildsjel eller annen nøkkelperson som fremmer IP-arbeidet og noen erfarer at det av ukjente grunner ikke er blitt til et så godt og satt verktøy som det bør jfr lovverket. *Hvordan* foregår så implementeringsarbeidet i de organisasjoner denne studien omfatter? Det fremkom ulike systemer for dette, bl.a. møtevirksomhet, internundervisning, rapporter, veiledning, kurs, videreutdanning, informasjonsskriv og mailer. Dette kan relateres til det Fixsen m.fl forbinder med *kommunikasjonsforbindelsen* som en viktig del av implementeringsrammeverket (hovedpunkt 2.6) hvor ledere skal presentere tydelig visjon og målsetting i IP-implementeringsarbeidet. I denne fasen vil lederens holdninger, motivasjon, verdi og andre egenskaper til implementeringsarbeidet være synlig og av avgjørende betydning for om man vil lykkes i implementeringsarbeidet (hovedpunkt 2.6). I denne studien fremkom funn rundt at enkelte ledere ikke hadde nødvendig motivasjon, eller at de opplevde verdien av IP-arbeidet som dalende, - noe som kan sees på som en formålsforklaring og en årsaks-sammenheng til en svekket ivaretagelse av IP-arbeidet.

Det er nødvendig at hele organisasjonen opplever medvirkning og påvirkning i implementeringsarbeidet (Roland & Westergård, 2015). Elgen og Taugbøl hevder at det i endringsledelse er av stor betydning at alle involveres, og at ledere viser engasjement og tydelig kommunikasjon (2020). Tydelig kommunikasjon innebærer blant annet evne til å tilrettelegge og ivareta gode kommunikasjonssystemer både til de ansatte og brukerne, - noe rapporten til Lauveng og Skjeldal viste som en utfordring i IP-arbeidet (hovedpunkt 2.5). Noen informanter medga at deres egen motivasjon ble påvirket av blant annet fag- og toppleders engasjement, og syntes det var vanskelig å drive implementeringsarbeid dersom det ikke ble etterspurt fra disse. Det Ruud (2021, s. 52) presenterer som lederoppgavens bredde og mangfold, vil her kunne settes på prøve når tiltak skal være retningsgivende og hvor leder og ansatte skal jobbe ut strategier med gode og operasjonelle mål (hovedpunkt 2.3).

Det fremkom utfordringer rundt at personalet var ulikt engasjert, og at ikke alle leste seg opp på mailer, informasjonsskriv, dro på kurs eller hadde særlig interesse av fagutvikling. Dette kan sees i sammenheng med det Lauveng og Skjeldal beskriver som motstand hos

helsepersonell (hovedpunkt 2.5). I dette arbeidet kan det å ta i bruk nyervervet kompetanse og gjøre ting annerledes være krevende for enkelte ansatte, da det innebærer at man må endre seg og at kunnskapsdeling for enkelte ansatte ikke vil bidra til gode opplevelser (Ruud, 2021, s. 52 og 74). Noen mente at det var den enkelte ansattes eget ansvar å holde seg oppdatert, og ønsket ikke å «fly etter som ei vaktbikkje». Det vil derfor være utfordrende for en mellomleder å sikre at IP-arbeidet blir ivaretatt som et kontinuerlig fokusområde og holdt varmt for hele avdelingen og personalgruppa. Det vil også kunne oppleves utfordrende å ivareta det Ruud vektlegger rundt ledelsens nødvendige tilretteleggelse for kunnskapsdeling (hovedpunkt 2.8).

Flere informanter gav uttrykk for nødvendigheten av å få en felles forståelse og hensikt med implementeringsarbeidet. Det kan sees i sammenheng med det Elgen og Taugbøl beskriver som lederes evne til å ha en tydelig formidling av visjon og målsetting (2021; hovedpunkt 2.6).

I tillegg må destinasjonen (her: DPS`et, ARA eller den kommunale helsetjenesten) være tydelig. Som tidligere nevnt i hovedpunkt 2.6 er det viktig at kjernekomponenten blant annet må være passe stor, forståelig, tydelig og attraktiv, slik at de ansatte ønsker å gjennomføre implementeringen. Funn fra min studie viser at IP-arbeidet oppleves som for omfattende og ikke lenger attraktivt. Det fremkom erfaringer rundt at andre planer har overtatt for IP`en, og at man til tross for kunnskap og erfaring rundt nytteverdi av en god IP, blir ikke IP-arbeidet prioritert. At enhetene ikke var samlokalisert ble også nevnt som utfordrende i fht å skulle ivareta nødvendige opplevelse av tilhørighet, medvirkning og det å sikre god informasjonsflyt, jfr Elgen og Taugbøls suksessfaktorer i implementeringsarbeid (hovedpunkt 2.6).

## 5.2 Ledelsesforankring, systemets krav og overordnede føringer

Informantenes erfaringer var at IP var ledelsesforankret via ulike dokumentasjonssystemer og brukerundersøkelser, samt at det kunne bli etterspurt av Kontrollkommissjonen (2.linjetjenesten). Utover dette var tilbakemeldingene at IP ble lite etterspurt av fag- og toppledelse. Dette kan relateres til Fixsens teori om utfordringer vedrørende kommunikasjonsforbindelsens administrative støtte. Det kan også sees i sammenheng med hva Elgen og Taugbøl skriver om suksessfaktor rundt lederes evne til å lede endringsprosesser, - begge deler omtalt i studiens kapittel 2.6. Både Kjellevold (2020, s. 33)

og rapporten fra Uni Rokkstadsenteret (Berven et al., 2013, s. 3) henviser til ledelsens manglende prioritering av IP-arbeid samt forventninger rundt ledelsesforankring i både helseforetak og kommune (hovedpunkt 2.3). Det fremkommer derfor tydelig at ledelsesforankring er helt nødvendig for å sikre et godt og vellykket implementeringsarbeid av IP.

Informantenes erfaring var at IP-arbeidet ikke ble prioritert godt nok. Noen mente at de ikke tok seg god nok tid til å stille grundige eller detaljerte nok spørsmål, fordi «*man skynder seg forbi for å rekke resten*». Erfaringene var at lederne ikke hadde særlig anledning til å selve velge eller prioritere hvilke endrings- og implementeringsprosesser man ønsket å gå inn i, men at man måtte forholde seg til overordnede føringer under et stadig økende tidspress og øvelser i fart. Dette kan relateres til hva Ogden m.fl. omtaler som en programdrift som trues og bør evalueres (hovedpunkt 2.6), og kan derfor oppleves som en hemmende faktor i implementeringsarbeid. Disse erfaringene underbygges i Departementenes skriv der *god ledelse* tematiseres, hvor faglig ledelse, - inkl kunnskap om brukerdeltakelse og samhandling er en gjennomgående utfordring i både 1. og 2. linjetjenesten (hovedpunkt 2.3).

Til tross for at hovedvekten av informantene hadde hjelp og støtte fra en ildsjel eller andre nøkkelpersoner, opplevde de allikevel at implementering av IP var krevende. De fleste informantene erfarte at de hovedsakelig måtte ivareta alt implementeringsarbeid uten ekstern bistand, og at IP-arbeidet nok led litt under dette. De stadige endringsprosessene som skal implementeres lokalt uten tilførte/justerte rammebetingelser, ble beskrevet som hemmende faktorer som kunne resultere i at IP-arbeidet «*sklir ut, stagnerer, rakner og dør*». Tidspress og kortere liggetid på sengeposter ble opplevd å være hemmende faktorer i IP-arbeidet, og det kan derfor være utfordrende å sikre gode opplevelser hos de ansatte, legge til rette for problemløsning i fellesskap og læring via daglig arbeid, - jfr Ruud (2021, hovedpunkt 2.7). Det å ikke få økt tilskudd av bemanning, vikarbudsjet, intern rokkering av ressurser eller penger til kurs og videreutdanning underbygger egenerfaring og forforståelse rundt at IP-arbeidet lider under en stadig kamp om ressursene. Dette er i tråd med tidligere presentert teori i hovedpunkt 2.6 om at intervensjoner bare siver ut dersom implementeringsarbeidet ikke fungerer.

Eksterne implementeringsrådgivere ble beskrevet å være en nyttig faktor som medvirket til å fremme implementeringsarbeid. Både den ansatte selv og HR-funksjonen har viktige roller i

kompetanseutvikling, men lederne må være bevisst sitt ansvar i forhold til tilrettelegging for at de ansatte skal oppleve IP-arbeidet som meningsfullt. Ildsjeler og andre nøkkelpersoner vil kunne være nyttige ressurser for å fronte IP-kompetansen og slik sett ivareta det Ruud benevner som læring via daglig arbeid (hovedpunkt 2.8).

IP-arbeidet ble opplevd noe ulikt i 1. og 2. linjetjenesten. Funn fra 1. linjetjenesten viser at det kan være utfordrende å få med 2. linjetjenesten i planarbeidet, og at det til tider blir satt urealistiske krav og forventninger til hva det kommunale hjelpeapparatet kan bidra med. Mens informanter fra 2. linjetjenesten meddelte at de var klar over sitt ansvar i fht planarbeidet, men at de ikke lenger har kapasitet og ressurser til å ivareta IP-arbeidet optimalt. Dette ble relatert til blant annet kortere liggetid på sengeposter og mange implementeringsprosesser som skal kvitteres ut og ivaretas samtidig. Dette underbygges av egen ledererfaring og forforståelse rundt lederes utfordringer rundt nødvendig prioritering av kontinuerlig implementeringsarbeid. Resultatet av implementeringsarbeidet kan tilskrives kvaliteten på implementeringen hvor mulige barrierer kan sees i sammenheng med holdninger og motivasjon, jfr omtalt i studiens hovedpunkt 2.6.

### 5.3 Brukermedvirkning

Informantene medgav at brukermedvirkning var nødvendig og en selvfølge i utarbeidelse av IP, slik også forskriftene tilsier. En individuell plan skal i hovedsak være brukerens plan og skal, i tillegg til å sikre samhandling på tvers av linjer og etater, være styrt og utarbeidet jfr brukerens ønsker og mål. Det kreves derfor at brukeren/pasienten får god informasjon om hva IP er og sine rettigheter tilknyttet IP-arbeidet. Noen informanter gav uttrykk for at det krevde bevissthet rundt å trekke brukerne aktivt med i planarbeidet og ha et tydelig fokus på at ikke terapeutiske metoder eller ytre rammefaktorer medvirket til at brukerperspektivet ikke ble godt nok sikret. IP-arbeid uten brukerens stemme ble beskrevet som meningsløst.

En god implementering av denne delen av IP-arbeidet kan knyttes til det teoretiske rammeverket rundt endringsledelse hvor vår vitenskap rundt nytteverdi av brukermedvirkning skal implementeres i praksis, jfr beskrevet i hovedpunkt 2.6. Målet er at utøverne skal bli stadig mer dyktige, konsekvente og engasjerte i bruken av den nye intervensjonen, og i det

arbeidet ligger ledernes engasjement og evne til å implementere brukermedvirkning som en viktig del av IP-arbeidet.

Det fremkom i denne studien ulike erfaringer på hvordan man i praksis ivaretar brukermedvirkning. For eksempel ble det beskrevet at brukerperspektivet i LAR kunne bli nedtonet som følge av et stivt og rigid regelverk, - noe som vil kunne påvirke ledernes mulighet til å sikre brukerens stemme. Noen mente de måtte være bevisste på å slippe brukeren mere til, akseptere og tåle brukerens til tider svevende mål, og være mer tilbakeholden med å fremme mål på vegne av brukeren. Til det kreves en bevisstgjøring og motivasjon hos lederen, hvor suksesshistorier og ildsjelens erfaringer vil kunne påvirke engasjementet. Det var også erfaring på at enkelte brukere av ulike grunner ikke ønsket å opprette IP eller være delaktig i planarbeidet. Dette kan underbygges med Lauveng og Skjeldals rapport hvor de beskriver at en tidligere erfaring med IP som ikke fungerer, angis å være en vesentlig grunn til at man takker nei til senere forespørsler hovedpunkt 2.5). I den sammenheng kan man tenke seg at kortere liggetid på sengeposter er en medvirkende faktor til at man ikke har den nødvendige kapasiteten til å påvirke motivasjonsarbeid hos pasienten.

Det digitale verktøyet SamPro ble beskrevet til å ha ulik nytte rundt ivaretagelse av brukermedvirkning og at det særlig var en utfordring hos ruspasienter som ofte ikke har tilgang til verken PC, Bank-ID eller pass slik at behandlingspersonalet i stor grad styrer planarbeidet. Noen erfarte at man med kreative løsninger allikevel kunne ivareta brukerperspektivet ved å for eksempel ha med seg en iPad inn i samarbeidsmøtene, og at man satt sammen med bruker/pasient og alle planaktører når man utarbeidet og evaluerte planen. Dette må sees i sammenheng med de økonomiske rammebetingelsene ledere må forholde seg til, som igjen vil påvirke mulighet til innkjøp av iPad eller annet teknisk utstyr. Måten man «solgte inn» informasjon om IP på ble også beskrevet å være en påvirkende faktor i fht ivaretagelse av brukermedvirkning. Suksesshistorier og lederes evne til tydelig formidling av visjon og målsetting vil derfor kunne fremme IP-arbeidet.

#### 5.4 Ser nytten, men mange komplekse barrierer

I denne studien fremkom det funn om at IP i seg selv er et nyttig verktøy, og at ingen andre enkeltstående planer kan erstatte ivaretagelse av brukermedvirkning og samarbeid på tvers av linjer og etater så godt som en godt utarbeidet og levende IP. Allikevel viste flere erfaringer at

det var mange komplekse barrierer tilknyttet IP-arbeidet. Hva skyldes det så at man ser manglende resultater i praksis? Hvorfor er man fortsatt til tider usikker på ansvarsforholdene og innehar en opplevelse av at IP ikke fungerer etter intensjonene? Kan det tilskrives at tiltak ikke fungerer eller at man har mislykkes i implementeringsprosessen? (hovedpunkt 2.6).

Studiens funn viser til erfaringer rundt at ting har endret seg siden lov om IP kom i 2001, og at andre samarbeids- og kommunikasjonsformer har overtatt. Men verken PLO-systemet, pakkeforløp, ACT/FACT-team, behandlingsplaner, brukerundersøkelser etc kan, ifølge informantene, ikke sies å erstatte en godt fungerende IP.

Jeg skal nå drøfte disse erfaringene opp imot de fire tidligere nevnte suksessfaktorer som påvirker endringsledelse og annen teori presentert i studiens hovedpunkt 2.6.

- 1) **Ledernes evne til å lede endringsprosesser.** Ledernes egenmotivasjon blir, jfr funn i denne studien, preget av blant annet om implementeringsarbeidet er forankret i fag- og toppledelse. Erfaringene viser at IP-arbeidet blir lite etterspurt hos ledere over mellomlederne som denne studien fokuserer på. En stadig økende mengde implementeringsarbeid viser seg å være utfordrende i IP-arbeidet og vil kunne påvirke ledernes evne til å lede IP-implementeringen. Uten gode egenerfaringer, suksesshistorier, støtte fra ildsjeler eller andre nøkkelpersoner vil det derfor være vanskelig for lederen å være motivert og gjøre et godt og fruktbart implementeringsarbeid. En mulig barriere kan derfor knyttes til det Ogden et al. (2012) relaterer til ledernes holdninger og motivasjon (hovedpunkt 2.6).
  
- 2) **Lederes evne til å involvere de ansatte i endringsprosesser.** Funn fra denne studien viser at det er ulikt engasjement hos de ansatte i fht å holde seg faglig oppdatert via kurs, videreutdanning, lese informasjon eller ta på seg ekstra funksjoner som vil kunne bidra til å lette implementeringsarbeidet. Det vil derfor være en utfordring for lederen til å få med seg alle ansatte i endringsarbeidet med mål om en varig implementeringskultur for IP-arbeid. Det krever gode rutiner, informasjonskanaler og arenaer for deling av informasjon og kunnskap, noe som denne studien viser seg å være påvirket av bl.a. ubestatte lederstillinger, ulik geografisk plassering av enheter og

de to siste års påvirkning av coronapandemien. Dette er påvirkende faktorer som er med å hemme implementering av IP-arbeidet. Det vil også kunne påvirke implementeringsprosessens bærekraft som sies å være oppnådd når minst 50 % av stillingene er fylt med ansatte som oppfyller kriteriene (hovedpunkt 2.6).

- 3) Lederes evne til å være tydelig i sin kommunikasjon.** Det er i denne studien blitt beskrevet at informasjon kan være en form for «risikosport», og at alt implementeringsarbeid krever stadige påminnelser fra leder. Kommunikasjonsarenaer ble nevnt å være ulike møter, rapporter, mailutveksling, internundervisning og veiledning. Noen ledere gav uttrykk for at det i all hovedsak var de ansattes eget ansvar å holde seg oppdaterte, og at man ikke «gikk etter som ei vaktbikkje». I ledernes kontinuerlige implementeringsarbeid med fokus på ivaretagelse av fagutvikling og gjeldene lov- og avtaler, kan det være en stor utfordring å klare å prioritere de «rette» implementeringene. Egenmotivasjon og krav og føringer styrt ovenfra vil derfor kunne være med å påvirke hvor tydelig lederne er i sin kommunikasjon og «iver» rundt IP-arbeidet som jfr Ogden et al. (2012) beskriver som overgangsperioden hvor utøverne skal bli dyktigere, konsekvente og engasjerte i sin bruk av en ny intervensjon (hovedpunkt 2.6).
- 4) Lederes evne til å ha en tydelig formidling av visjon og målsetting.** En informant uttalte at «.....man må jekke ned det administrative litt, og tenke på «*hvorfor gjør vi det?*». *Jeg tror at da kommer man mye lenger*». Dette kan sees i sammenheng med Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer som bygger på det å omsette forskningskunnskap til praksis (hovedpunkt 1.5). Lederens utfordring vil være å vise at kunnskapsbasert praksis rundt IP-arbeidet vil føre til nyttige terapeutiske resultater rundt brukermedvirkning og samhandling i tjenesteapparatet. Dersom lederen ikke har tro på planarbeidet eller ikke viser lojalitet for implementeringen, vil det kunne oppstå en barriere i praksisinnføringen. Informantenes tilbakemelding på svekket motivasjon og usikkerhet rundt årsaker til at IP-arbeidet ikke blir optimalt etterlevd, kan forstås som at lederen selv ikke har nok engasjement rundt IP-arbeidet, - noe som kan redusere tydeligheten i formidlingen av IP-arbeidets visjon og målsetting.

## 5.5 Implikasjoner for praksis og politiske satsninger

Med bakgrunn i Sosial- og helsedepartementets vurderinger rundt ønske om styrket samhandling mellom tjenester samt økt fokus på brukervedvirkning, ble det i 2001 regulert i flere lovverk at personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en IP (hovedpunkt 1.2). Ledere har i kraft av å være helsearbeidere et overordnet ansvar for å sørge for utarbeidelse av en slik plan til de som innehar rettighetene (hovedpunkt 2.2 og 2.3).

### 5.5.1 IP-arbeid i lys av implementering og politiske satsninger

For å ivareta nødvendig IP-arbeid jfr overordnede helsepolitiske føringer, er det viktig at ledere/mellomledere har kunnskap om implementeringsarbeid og derved tilstrebe god implementeringskvalitet. Dersom man skal oppnå Helsedirektoratets ønskede mål for status og framgang innen helse- og sykehus (hovedpunkt 1.5), er det viktig å sikre god dynamisk ledelse ved å få en felles enighet om at IP er nyttig og nødvendig. IP-arbeidet vil være avhengig av tjenestepersonellet som er involvert, og det er viktig å bruke andre virkemidler enn lovgivning for å fremme gode prosesser (hovedpunkt 2.3). Med dagens overordnede føringer rundt en mengde andre samtidige pålagte implementeringsprosesser, for eksempel pakkeforløp, kan det se ut til at ledere/mellomledere har en stor utfordring i å ivareta IP-arbeidet. For å bevare motivasjon og framdrift i implementeringsprosessen, bør toppledere ha tilsyn med de ulike implementeringsdriverne og følge opp hvordan de utfører implementeringsarbeidet.

### 5.5.2 IP-arbeid i lys av psykisk helse og psykisk helsearbeid

IP kan sees som et redskap som kan styrke menneskers muligheter til å håndtere stressituasjoner i livet, jfr WHO's definisjon av psykisk helse (underpunkt 1.8.3). En initiert og praktiserende IP med fokus på brukervedvirkning og tverrfaglig samarbeid kan bidra til at mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester kan få oppleve en tilstand av velvære ved å få realisert sine muligheter, slik definisjonen av psykisk helse vektlegger (underpunkt 1.8.3). Ledere har i kraft av å være helsearbeider en plikt til å tilrettelegge for å styrke menneskers opplevde egenverd ved å fokusere på å fremme og bedre menneskers psykiske helse (underpunkt 1.8.4). Dette kan ivaretas ved å sikre et tverrfaglig psykisk helsearbeid for på den måten å styrke forutsigbarhet og trygghet hos pasienter med psykiske



lidelser, slik definisjonen vektlegger. Dersom brukermedvirkning og det øvrige IP-arbeidet ikke blir ivaretatt, kan det medføre at pasienter/brukere ikke får sine rettmessige helsetjenester tilrettelagt, og at deres opplevelse av sammenheng, egenverd og mestring av hverdagsutfordringer svekkes.

### 5.5.3 IP-arbeid i lys av kompetanseutvikling

Opplæring og kompetanseutvikling er som tidligere nevnt en viktig del av lederes ansvar i implementeringsarbeidet (hovedpunkt 2.7). Mange ulike informasjons- og opplæringsarenaer er beskrevet, hvorav de fleste godt innarbeidet med forutsigbare rutiner. Trening, veiledning og administrativ støtte beskrives å være nødvendig for å sikre god kvalitet av IP-arbeidet (jfr rammeverk for implementering, hovedpunkt 2.6). For å favne flest mulig ansatte både internt og eksternt, kan det se ut til at en økt tilrettelegging for virtuell undervisning kan være nyttig i forhold til både opplæring og deling av kompetanse. Dette kan for mange bety en økonomisk utfordring, men som trolig vil kunne spares inn i form av reisetid og fysisk fravær fra avdelingen. For å forebygge at IP-kompetanse ikke blir dårligere eller sildrer ut, bør lederne være bevisst på å ha rutiner for å etterspørre jevnlig og framsnakke verdien av IP som et godt og nødvendig verktøy.

## 5.6 Forslag på videre forskning

For å ivareta et godt IP-arbeid som et verktøy til å oppnå Helsedirektoratets mål samt å sikre ivaretagelse av menneskers rettmessige helsetjenester, tyder funn fra denne studien at det bør forskes videre på implementering i praksis på seksjons/enhetsnivå i 1. og 2. linjetjenesten. Likeså bør man sette søkelyset på samorganiseringsrutiner i toppledelse, slik at ikke det blir for mange implementeringsprosesser samtidig i organisasjonene. Det bør også stilles spørsmål rundt om det elektroniske verktøyet SamPro er det mest hensiktsmessige hjelpemiddelet i IP-arbeidet eller om papirversjonen er å foretrekke.

## 6 KONKLUSJON

En informant sa:

*«.....jeg tror at hvis du skal revitalisere IP og komme opp og bla den opp på nytt, så må du ikke komme med det dokumentet som vi brukte i 2015 og prøve å presse det inn nå. Man må jobbe med å gjøre en ny analyse på hva som er mangelen på samhandlingssiden. .... det kreves en ekte revitalisering av dette her, tror jeg».*

Denne uttalelsen belyser hovedessensen av studiens funn om at IP i seg selv er et godt og nødvendig verktøy for å sikre brukermedvirkning og samhandling. Ledere i 1. og 2. linjetjenesten innen psykisk helsevern for voksne gir uttrykk for at ingen andre planer, dokumenter eller samhandlingsformer sikrer ivaretagelse av helsetjenester til mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester, brukermedvirkning og tverrfaglig samhandling på tvers av linjer og etater så godt som en praktiserende IP. Funnene tyder på at det ikke er planen i seg selv som er utfordringen, men at implementeringen og oppfølgingen av IP-arbeidet bør evalueres.

Studien viser at IP-arbeidet må være godt forankret i fag- og toppledelse ved at toppledere snakker sammen og blir enige om prioritering av ulike implementeringer. IP-arbeidet bør innebære et høyere fokus på toppledernivå, - noe som blant annet kan ivaretas ved utarbeidelse av strategiplaner, journalgjennomganger, brukerundersøkelser og andre kvalitetssikringstiltak, ved å etterspørre og framsnakke planarbeidet og ved å vektlegge suksesshistorier. Ledere har i kraft av å være helsearbeidere et ansvar for å legge til rette for opplæring og veiledning innenfor gitte rammer, og rammebetingelsene bør justeres i henhold til hvilke ressurser som kreves for at implementeringsarbeidet skal bli ivare tatt og være bærekraftig. For å tilrettelegge for en kompetanseutvikling som virker er praktiske rammer som tid og tilgjengelighet nødvendige betingelser. Studiens funn viser at tidspress oppleves som en barriere i IP-arbeidet.

Funn fra studien viser at det å ha egne implementeringsrådgivere har stor nytteverdi og bør prioriteres. På den måten kan man via veiledning, trening og administrativ støtte ivareta den nødvendige kommunikasjonsprosessen i implementeringsarbeidet.

Organisasjonen må inneha en infrastruktur som støtter endringer ved å gjøre IP-arbeidet passe stort, forståelig (se nytten), motiverende, målbart og attraktivt. For å sikre at motivasjonen ikke synker hos bruker eller ansatt, bør det fokuseres på at planen ikke blir for omfattende. Målene bør være evaluerbare og kunne justeres underveis slik at brukeren erfarer mestring.

Ledere/mellomledere må være bevisst sin kommunikasjon og tydelige formidling av visjon og målsetting i hele implementeringsprosessen. Det kan gjøres blant annet ved å ha gode systemer hvor man kan etterspørre, vise engasjement og tydelig verdsette nytteverdien av IP. Dette kan ivaretas i for eksempel personalmøter, rapportmøter, veiledningsarenaer, internundervisning og informasjonsbrosjyrer. Leder bør være åpen og transparent ovenfor sine ansatte om hva som skjer i virksomheten og på tvers. Fokuser på utfordringer og be om innspill. Studiens funn viser at man bør reflektere rundt om e-mail er godt nok egnet for nødvendig ivaretagelse av informasjon og oppfølging av IP-arbeidet hvor leder blant annet skal støtte og oppmuntre.

Brukermedvirkning må sikres ved at brukerens mål er definerbare og gjennomførbare i hht hva den enkelte kommune har av mulige tjenestetilbud. Planen som skal tilpasses den enkelte bruker, gjerne i samarbeid med pårørende, må være realistisk samtidig som hjelpeapparatet ikke må være redd for å forholde seg til brukerens egne mål. Man må ivareta brukerens rettighet rundt innflytelse på eget helse- og omsorgstilbud. Funn fra denne studien viser at kortere liggetid på sengeposter oppleves som en medvirkende faktor til en svekket ivaretagelse av brukermedvirkning i IP-arbeidet.

Man må sikre at alle tjenesteytere er aktive deltakere og at koordinatorrollen er tydelig plassert. Studiens funn viser at det elektroniske verktøyet, SamPro, ikke nødvendigvis er det beste. Man bør vurdere om en «enkel» papirutgave er det som sikrer at planen blir mest brukervennlig og sikrer ivaretagelse av planarbeidet slik det er ment jfr forskriftene. For kunnskapsdeling i form av undervisning eller intern/ekstern kommunikasjon, viser denne studien at digitale arenaer er godt egnet og kan være både tid- og ressursbesparende.

De færreste av tiltakene ovenfor er kostbare. Det vil koste tid, men læringseffektene for alle parter vil trolig øke. Ved å øke fokus på IP-arbeid og tilrettelegge for nødvendig rammeverk viser denne studien at motivasjon og relevans for alt IP-arbeid trolig vil øke for både bruker, pårørende og det tverrfaglige tjenesteapparatet rundt, - slik hensikten er beskrevet i gjeldende lover og retningslinjer.

## Referanseliste

- Acha, D. K. (2019, januar). Mental Health: “Every Individual Realizes his or her own Potential...” | Kenneth MD | Dr. Kenneth Acha. Hentet 17. april 2022, fra <https://www.kennethmd.com/mental-health-every-individual-realizes-his-or-her-own-potential/>
- Arnhold Lauveng. (2017). *Individuell plan* (1. utg.). Nasjonal senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Arnhold Lauveng & Eskil Skjeldal. (2020). *Pasienters og pårørendes erfaringer med individuell plan (IP) Nettundersøkelse 2020*. Hentet fra <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/09/IP-rapport.pdf>
- Bakke, T. (2011). *Å lykkes i arbeidet med Individuell plan*. helsebibloteket.no. (helsebibloteket.no).
- Berven, N., Ludvigsen, K., Christensen, D. A., & Nilssen, E. (2013). *Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene* (Nr. 2). Bergen: Uni Rokkansenteret. Hentet fra Uni Rokkansenteret website: <http://hdl.handle.net/11250/2444605>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2009, mai 23). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet 17. april 2022, fra Forskningsetikk.no website: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Departementene. (2017). *Mestre hele livet—Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*.
- Elgen, R., & Taugbøl, T. (2020). *Endringsledelse i sykehus: En studie om implementering av faglig retningslinjer*. Oslo: Oslo Metropolitan University.

Fixsen, D. L., & Ogden, T. (2014). *Facing the Challenges of Implementation*. GOTTINGEN: Hogref Publishing. Hentet fra <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1027/2151-2604/a000159>

Helsedirektoratet. (2012). *Modell for kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring—Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*.

Helsedirektoratet. (2020a). *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*.

Helsedirektoratet. (2020b, desember 2). Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Hentet 17. april 2022, fra Helsedirektoratet website: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet (2015). ACT-, FACT- og FACT ung-team [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. januar 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

Helsetilsynet. (2008). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjeneste til voksne med psykiske lidelser*. Oslo.

Kjellehold, A. (2020). *Retten til individuell plan: Samt koordinator, kvalifiseringsprogram og andre planverktøy* (5. utgave.). Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lauveng, A. (2021). *Brukermedvirkning på individplan—Retten til å medvirke i egen behandling* (3. utg.). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

- Lauveng, A. (2022). *Brukermedvirkning på systemnivå—Brukerens rett til å påvirke tjenestene* (1. utg.). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.
- Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven). , LOV-1999-07-02-64 § (1999).
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven). , LOV-2011-06-24-30 § (2011).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). , LOV-1999-07-02-63 § (1999).
- Lov om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). , LOV-1961-04-28-2 § (1961).
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven). , LOV-1999-07-02-61 § (1999).
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Matscheck, D., Piuva, K., Eriksson, L., & Åberg, M. (2019). *Den koordinerte individuelle planen—Er dette en løsning for komplekse organisasjoner å håndtere komplekse behov?* Routledge.
- Nils Fredrik Wisløff. (2005). *Fra stykkevis til helt—En sammenhengende helsetjeneste* (3. utg.). Oslo: Statens forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning. Hentet fra <https://lovdata.no/static/NOU/nou-2005-03.pdf>
- Ogden, T., Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., Patras, J., Christiansen, T., Taraldsen, K., & Tollefsen, N. (2012). *Måling av implementeringskomponenter ti år etter en landsdekkende innføring av empirisk støttende programmer—En pilotstudie*. I 7: *Bd. 49*. Implementeringsvitenskap. Hentet fra <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-49>
- Roland, P., & Westergård, E. (2015). *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS, 2015.

Ruud, G. (2021). *Kompetanseutvikling som virker—Fra læring til implementering*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Sander, K. (2022, mars 22). Hermeneutiske spiral. Hentet 17. april 2022, fra EStudie.no website: <https://estudie.no/den-hermeneutiske-spiral/>

SINTEF Helse & Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Individuell plan for psykisk helse (voksen)—Verktøy for planlegging og samhandling*. Hentet fra [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/individuell\\_plan\\_for\\_psykisk\\_helse\\_voksne.pdf/](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/individuell_plan_for_psykisk_helse_voksne.pdf/)

Sosial- og helsedepartementet. (1997). *St meld nr 25 (1996-1997)*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id191086/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/)

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning i psykisk helsefeltet—Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. (Nr. IS-1315). Oslo.

Vi bærer psykisk helsearbeid videre. (2008). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 98–103. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01>



## **VEDLEGG A**

**Meldeskjema og vurdering fra Norsk senter for forskningsdata, NSD**

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Meldeskjema

### Referansenummer

552665

### Hvilke personopplysninger skal du behandle?

---

- Lydopptak av personer

### Prosjektinformasjon

---

#### Prosjekttittel

Hvordan erfarer ledere i 1. og 2.linjetjenesten arbeidet med Individuell plan/IP?

#### Prosjektbeskrivelse

Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Innlandet, og ønsker å finne ut av hvordan ledere i 1. og 2. linjetjenesten opplever implementeringsarbeidet med IP. Jeg ønsker å utføre et semistrukturert intervju med 6-8 ledere i 1. og 2.linjetjenesten vha lydopptak og notater. Framdriftsplan: Intervjuer i løpet av okt `21, analyse og transkribering jfr Kirsti Malterud høst `21, opponentskapsseminar mars `22, innlevering av masteroppgave mai `22. Veileder fra Høgskolen er Sigrid Helene Kjørven Haug.

#### Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Det er en viktig del av masteroppgaven å finne ut om lederen/informanten jobber i 1. eller 2.linjetjenesten, i poliklinikk eller sengepost.

#### Ekstern finansiering

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Gunn-Oliv Gottenborg, goliv@online.no, tlf: 91128936

#### Behandlingsansvar

---

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sigrød Helene Kjørven Haug, sigrid.haug@inn.no, tlf: 90893165

**Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?**

Nei

**Utvalg 1**

---

**Beskriv utvalget**

6-8 ledere/mellomledere fra 1. og 2. linjetjenesten innen psykisk helse- og rusfeltet. Fra geografisk område INNLANDET. Fra kommunal psykiske helse- og rusteam og DPS poliklinikk og sengepost.

**Rekruttering eller trekking av utvalget**

For å få en jevn fordeling av informanter, velger jeg i utgangspunktet to fra kommune, to fra sengepost og to fra poliklinikk.

**Alder**

23 - 70

**Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?**

Nei

**Personopplysninger for utvalg 1**

- Lydoptak av personer

**Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?**

**Personlig intervju**

**Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger**

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

**Informasjon for utvalg 1**

**Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?**

Ja

**Hvordan?**

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

**Tredjepersoner**

---

**Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?**

Nei

## Dokumentasjon

---

### Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

### Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Si ifra til student, veileder eller personvernombud v/HINN.

### Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Si ifra til student, veileder eller personvernombud v/HINN

### Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

## Tillatelser

---

### Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

- Annen godkjenning

### Annen godkjenning

Leder/avdelingsleder på aktuell avdeling. (Har ikke gjort henvendelse enda. Skal gjøre det i august/september. Har derfor ingen fil å laste opp nå).

## Behandling

---

### Hvor behandles opplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

### Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)

### Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

## Sikkerhet

---

### Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Nei

**Begrunn hvorfor personopplysningene oppbevares sammen med de øvrige opplysningene**

Det er en del av oppgaven å finne ut av hvor lederne jobber (1. eller 2. linjetjenesten, Poliklinikk eller sengepost).

**Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?**

- Opplysningene anonymiseres fortløpende
- Opplysningene krypteres under lagring

**Varighet**

---

**Prosjektperiode**

09.08.2021 - 02.05.2022

**Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?**

Ja, data med personopplysninger oppbevares til: 31.12.2022

**Til hvilket formål skal opplysningene oppbevares?**

Som en "sikkerhet" til meg selv som student, dersom jeg uventet ser meg nødt til å utsette innlevering av masteroppgaven.

**Hvor oppbevares opplysningene?**

Internt ved behandlingsansvarlig institusjon

**Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?**

Nei

**Tilleggsopplysninger**

---

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

**Referansenummer**

552665

**Prosjekttittel**

Hvordan erfarer ledere i 1. og 2.linjetjenesten arbeidet med Individuell plan/IP?

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Sigrid Helene Kjørven Haug, sigrid.haug@inn.no, tlf: 90893165

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Gunn-Oliv Gottenborg, goliv@online.no, tlf: 91128936

**Prosjektperiode**

09.08.2021 - 02.05.2022

**Vurdering (1)****06.07.2021 - Vurdert**

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 06.07.21, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

**TAUSHETSPLIKT**

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 02.05.22. Personopplysningene oppbevares videre internt ved behandlingsansvarlig institusjon til 31.12.22 i tilfelle innlevering av masteroppgaven utsettes.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

## **VEDLEGG B**

### **Brev til informanter og samtykkeerklæring**

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***”Implementering av Individuell plan/IP for voksne brukere i 1. og 2. linjetjenesten sett fra leder/mellomleders perspektiv”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne mer ut av hvordan ledere/mellomledere i tjenesteapparatet innen fagfeltet rus og psykiatri ivaretar implementeringsarbeidet av Individuell plan/IP. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er en masterstudie som skal gjennomføres i løpet av studieårene 2020-2022 hvor temaet for studien er Individuell plan. IP relateres til pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, og er ment å hele tiden sikre koordinering av tjenester på tvers av roller og etater i jobb mot pasientenes egne mål. Dette styres av nasjonale føringer og lovverk fra 2001.

Det viser seg å være varierende praksis rundt implementeringsarbeidet av IP. Det er blitt brukt mye ressurser på opplæring og utarbeidelse av lokaler maler uten at det nødvendigvis har ført til de ønskede resultat i forhold til gjeldende forskrifter. Rapporter fra Helsedirektoratet viser at det fortsatt skal være et høyt fokus på IP, og det ønskes med dette studiet å finne mer ut av hvilke påvirkende faktorer som ligger under lederes ansvarsområder, og om det er identifisert noen barrierer. Likeså å se om man får noen funn som kan vise til gode og nyttige IP-implementeringsrutiner, og eventuelt hvilke grep som skal til for at arbeidet kan bli fruktbart også på de steder som viser til mangler og svakheter.

Problemstillingen lyder:

*«Hvordan erfarer ledere i 1. og 2. linjetjenesten arbeidet med Individuell plan/IP?»*

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i Innlandet, avdeling for helse- og sosialvitenskap v/prosjektleder/veileder Sigrid Helene Kjørven Haug og masterstudent Gunn-Oliv Gottenborg er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi ønsker å intervju 6-8 ledere i 1. og 2. linjetjenesten som er tett på pasientrettet arbeid, og med geografisk tilknytning i Innlandet.



Masteroppgaven forventes å være ferdig i mai 2022 og vil bli publisert som en monografi, det vil si en samlet tekst som er strukturert inndelt i hht Høgskolen i Innlandets krav og retningslinjer til oppgaveskriving.

Studenten har allerede vært i kontakt med din nærmeste leder, ....., som har gitt sin tillatelse til å spørre deg om deltakelse.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du i løpet av oktober måned 2021 stiller til et individuelt intervju med studenten. Intervjuet vil foregå på egnet rom på ditt arbeidssted, og vare ca en time. Det vil bli tatt lydopptak og notater fra intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun prosjektveileder og student som vil få tilgang til dataene. Du vil ikke bli gjenkjent i publikasjonen.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Datamaterialet vil bli lagret via Feide-konto på Høgskolen i Innlandet og slettes når oppgaven er godkjent, dvs innen 31.12.2022.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet, avdeling for helse- og sosialvitenskap har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent Gunn-Oliv Gottenborg, [goliv@online.no](mailto:goliv@online.no), tlf 91128936
- Høgskolen i Innlandet ved Sigrid Helene Kjørven Haug, [sigrid.haug@inn.no](mailto:sigrid.haug@inn.no), tlf 90893165
- Vårt personvernombud: Anne Sofie Lofthus, [anne.lofthus@inn.no](mailto:anne.lofthus@inn.no), tlf 61288277

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Vennlig hilsen

Sigrid Helene Kjørven Haug  
(Forsker/veileder)

Gunn-Oliv Gottenborg  
(Masterstudent)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Implementering av Individuell plan/IP for voksne brukere/pasienter i 1. og 2. linjetjenesten sett fra leder/mellomlederes perspektiv*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med notatnedfelling og lydopptak
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **VEDLEGG C**

### **Intervjuguide**

# **INTERVJUGUIDE**

## **til masterstudie 2020-2022**

### **Brifing**

Først og fremst TAKK for at du vil være med på dette forskningsprosjektet, at du har avsatt tid og at jeg fikk komme hit i dag!

Du har sikkert lest informasjonsskrivet da du underskrev samtykket til å delta på dette intervjuet. Jeg håper allikevel det er greit for deg at jeg nå innledningsvis gjentar litt av det som står i brevet, slik at du har klart for deg hva problemstillingen er og hva som er formålet med intervjuet og dette studiet.

### **Formål**

Dette er en masterstudie som gjennomføres i tiden 2020-2022. Det viser seg å være varierende praksis rundt implementeringsarbeidet av den lovbestemte retten til individuell plan/IP som kom i Norge i 2001.

Jeg ønsker å finne ut mer ut av hvordan ledere/mellomledere i tjenesteapparatet ivaretar implementeringsarbeidet av individuell plan/IP. Med bakgrunn i at IP-arbeidet omhandler samhandling på tvers av roller og tjenester, ønsker jeg å finne ut om det utpeker seg tydelige barrierer. Jeg ønsker å intervju 6-8 ledere fra 1. og 2. linjetjenesten med geografisk tilknytning i Innlandet og som jobber nærest behandlerne (enhetsledere, seksjonsledere, teamledere).

Jeg ønsker også å se om det fremkommer erfaringer som kan føre til at kunnskap kan deles og at man kan lære av hverandre på tvers av roller, linjer og tjenester.

### **Tittel på prosjektet:**

**Implementering av individuell plan/IP for voksne brukere/pasienter  
innen fagfeltet rus og psykiatri  
sett fra leder/mellomlederens perspektiv**

### **Problemstilling:**

**Hvordan erfarer ledere i 1. og 2. linjetjenesten arbeidet med  
individuell plan/IP?**

Som du sikkert husker fra informasjonsskrivet, vil dette intervjuet bli tatt opp på bånd (mobil), og vil vare i ca én time. I tillegg vil jeg gjøre notater underveis. Selv om spørsmålene vil være noe temarettede, ønsker jeg at du snakker mest mulig fritt.

All data vil bli anonymisert slik at de ikke kan spores tilbake til hvilken organisasjon eller enkeltperson dataene kommer fra. Det vil kun fremkomme om du er ansatt i 1. eller 2.

linjetjenesten, og evt om du tilhører sengepost eller poliklinikk (2. linjetjenesten).

Har du noen spørsmål før vi starter?

Jeg starter opptaket nå.

**SPØRSMÅLENE STÅR I FET SKRIFT OG ER INNDELTE I KATEGORIER I HHT DE PUNKTENE JEG HAR BESKREVET I PROSJEKTSKISSEN. STIKKORDENE ER MENT SOM EN «DRAHJELP» DERSOM INFORMANTEN OPPLEVER SPØRSMÅLENE UKLARE.**

## **INNLEDNING**

### **1. Kan du si litt om hvor du jobber og hva slags stilling du har?**

Stikkord:

- 1. eller 2. linjetjenesten
- Poliklinikk, sengepost, kommunalt team
- Personal- og fagansvar. Evt for hvor mange?
- Hvor lenge du har jobbet her

## **ORGANISERING OG VEILEDNING**

**(ansvarsfordeling, informasjons- og kommunikasjonssystemer, kultur)**

### **2. Vedr ansvarsfordeling. Kan du beskrive hvordan det er organisert her?**

Stikkord:

- Fagutviklingssykepleier?
- Andre nøkkelpersoner?

### **3. Hvordan er *informasjons- og kommunikasjonssystemene* her?**

Stikkord:

- Mail
- Personalmøter
- Daglige organiserte møter/treffpunkt
- Internavis
- Tilfeldige treffpunkt (f.eks morgenkaffen eller lunsjpausa)

- Annet

**4. Hvordan er *kulturen* her i fht å kommunisere, dele informasjon og kunnskap? Er det satt i system, eller blir det mer tilfeldig?**

Stikkord:

- Hvordan deles informasjon og kunnskap etter f.eks kursdeltakelse?
- Hvordan meddeler du som leder informasjon etter kurs, ledermøter eller andre informasjons/oppdateringsarenaer?

## **FORSTÅELSE OG ENIGHET OM AT IP ER NYTTIG OG NØDVENDIG**

**5. Hva tenker du når jeg sier individuell plan/IP til deg? Hva forbinder du med IP?**

Stikkord:

- Kjennskap/regelverk hos deg/de du leder/din leder
- Forskjell hos ulike yrkesgrupper?

**6. Samlet sett, hva er dine erfaringer rundt IP?**

Hva fungerer bra?

Fordi?

Hva fungerer dårlig/mindre bra?

Fordi?

Hva med brukermedvirkning? Hvordan ivaretas den?

## **LEDER/TOPPLEDERS OG FAGLEDERS ENGASJEMENT**

**7. Hvordan erfarer du at IP er forankret i toppledelse og fagledelse?**

## **ERFARING RUNDT NÅVÆRENDE PLANARBEID, OG OM MAN KAN LÆRE AV HVERANDRE**

**8. Det er stadig nye implementeringsforskrifter man må forholde seg til. F.eks innføring av pakkeforløp, evt opprettelse av ACT/FACT-team og andre føringer som kommer ovenfra. Opplever du at dette, eller andre styrende føringer, i noen grad påvirker implementeringsarbeidet av IP? Evt på hvilken måte?**

Stikkord:

- Rammebetingelser
- Bemanning
- Språk- eller kulturbarrierer
- Annet...

**9. Er det ting vi ikke har snakket om som du vil tilføye rundt din erfaring med IP? Har du f.eks noen erfaringer på at du har delt eller mottatt nyttig kunnskap rundt IP-arbeidet?**

**Er det noe du har lyst til å tilføye før jeg skrur av mikrofonen?**

**TAKK!**

**Debrifing**

## VEDLEGG D

### PICO-skjema

<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b> Hvilke erfaringer har ledere i 1. og 2. linjetjenesten innen psykisk helsevern i arbeidet med Individuell plan/IP for voksne brukere?			
<b>Tips til søkestrategi og kombinasjoner av søkeord finnes på Helsebiblioteket:</b> <a href="https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/lage-sokestrategi">https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/lage-sokestrategi</a>			
		AND	OR
<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>Patients/population/ problem HVEM?</b>	<b>Intervention/initiative/ action HVA?</b>	<b>Comparison ALTERNATIVER?</b>	<b>Outcome RESULTAT/EFFEKT?</b>
Beskriv hvilke populasjon/gruppe det dreier seg om, evt. hva som er problemet:  Pasienter/brukere  Ledere/mellomledere  Erfaringer  Psykisk helsevern	Beskriv tiltak eller hva de utsettes for:  Individuell plan	Skal tiltaket sammenlignes med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:  	Beskriv hvilke(t) utfall du vil oppnå eller unngå:  Implementering
<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Noter emneord/tekstord for gruppe/problem	Noter emneord/tekstord for tiltak	Noter emneord/tekstord for evt. sammenligning	Noter emneord/tekstord for utfall
<u>Engelsk:</u>  Mental health care  Adult patients  Leaders  Experiences	<u>Engelsk:</u>  Case management  Mental health services  Qualitative studie  Qualitative method	<u>Engelsk:</u>  	<u>Engelsk:</u>  Implementation  Multidiciplinary care team  Integrated care
<u>Norsk:</u>  Pasienter/brukere  Ledere/mellomledere  Erfaringer  Psykisk helsevern	<u>Norsk:</u>  Individuell plan  Kvalitativ studie  Kvalitativ metode	<u>Norsk:</u>  	<u>Norsk:</u>  Implementering  Individuell plan  Samhandling

