

Individuell plan. **En rød tråd**, eller et stykke papir i samhandling?

Eng.: Individual plan. **A red thread**, or a piece of paper in collaboration?

Brede Sangnæs



Høgskolen i **Hedmark**

Masteroppgave

HØGSKOLEN I HEDMARK

August, 2013

Sammendrag

Hensikten med denne masterstudien er å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med individuell plan som verktøy i samhandling for pasienter/ brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser.

Jeg inviterte tre grupper helsepersonell til fokusgruppeintervjuer; en gruppe fra spesialisthelsetjenesten, en gruppe fra kommunehelsetjenesten og en gruppe fra en privat helsetjeneste for å undersøke dette nærmere. Det ble utført etter en strategisk utvalgsmetode.

Denne studien bygger på en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming, der målet er å beskrive, tolke og forstå informantenes erfaringer. Det brukes et tolkende og forstående paradigme, der fenomenologien brukes som en teori sammen med hermeneutikk som metode og tolkningsramme av datamaterialet

Analysen i studien er datastyrt og det er valgt en kvalitativ innholdsanalyse som beskrevet av Graneheim og Lundman(2003).

Funnene fra undersøkelsen er samlet i to hovedtemaer; 1. *En konstruktiv gruppeprosess er sentralt i samhandlingen* og 2. *Koordinatorrollen: Å være den ideelle edderkopp*, med tilhørende kategorier og underkategorier.

Tema 1. handler om den konstruktive gruppeprosessen som er sentralt i samhandlingen om en individuell plan. Under dette temaet utpekte det seg fem kategorier. En konstruktiv gruppeprosess baserer på en felles forståelse der respekten for enkeltmennesket og brukerfokus står sentralt. For å drive en slik prosess er motivasjon en forutsetning – dette gjelder både bruker og helsepersonell. Videre kom det fram at et godt samhandlingsklima fremmer samhandlingsprosessen, basert på likeverd og verdibasert dialog. En aktiv praksis er en forutsetning for dynamikken i gruppeprosessen, og består av målrettet kollektiv praksis, som spesifiseres i oppgaven. En byråkratisk treghet kan hemme prosessen og motivasjon. En konstruktiv gruppeprosess krever tilgjengelighet og fleksibilitet.

Tema 2. Omhandler koordinatorrollen. Koordinatoren har den mest avgjørende posisjon for denne brukergruppen. Koordinatorrollen er kompleks og krevende. Koordinatorrollen er delt inn i seks underkategorier. Omfattende og relevant kunnskap er essensielt. Som koordinator i denne konteksten må du ha administrativt, organisatorisk og klinisk kunnskap, omfattende

ledelseskunnskap, kunnskap om psykose og kunnskap om tjenesteapparatet. I en koordinatorrolle kreves det også en utstrakt motivasjon hos koordinator. En koordinator må ha et oppriktig ønske om å ha rollen og de forventninger og ansvar som følger med denne. Det kreves også personlig egnethet med nødvendige samhandlingsevner. En koordinator er en kontinuitetsbærer og multitasker. Koordinatorrollen krever lederegenskaper. En leder må ha ulike personlige egenskaper som tydelighet, personlig trygghet og ydmykhet og være et empatisk forbilde i gruppa. Koordinatoren må ha relasjon til brukeren der egenskaper som tillit og trygghet inngår.

Funn fra denne studien tyder på at en konstruktiv gruppeprosess vil styrke samhandlingen om en individuell plan. En slik prosess er avhengig av felles forståelse, et godt samhandlingsklima og aktiv planbruk og ikke minst motivasjon. Motivasjon er nødvendig hos alle som deltar i en samhandlingsprosess for å lykkes på en best mulig måte. I samhandling er man avhengig av at både bruker, helsepersonell og koordinator er motiverte. Helsepersonell har et særlig ansvar for motivasjonsarbeid med mennesker med alvorlige psykoselidelser på grunn av denne gruppens symptomatologiske utfordringer når det gjelder nettopp motivasjon. Systemene må gjennom fleksibilitet og tilgjengelighet legge til rette for samhandling. Dette fremmer den nødvendige motivasjon hos helsepersonell.

Studiens resultater viser også at koordinatorrollen har en særlig avgjørende rolle for brukere med alvorlige psykoselidelser. Formalisering av denne komplekse og krevende rollen gjennom en systematisert utdanning, ville kunne øke forutsetningene for å lykkes med dette arbeidet.

Nøkkelord: Individuell plan, Alvorlig og langvarig psykoselidelse, samhandling, hermeneutisk- fenomenologisk, koordinator, konstruktiv gruppeprosess, motivasjon.

Abstract

The purpose of this master study is to examine experiences health care professionals have with individual plan as a tool in collaboration for patients / clients suffering from severe and long-lasting psychotic disorders.

I invited three groups of health care professionals to focus group interviews, one group from specialist health care services, one group from community health care services and one group from private health care to investigate further. It was performed by a strategic selection method.

This study is based on a hermeneutic phenomenological approach, which aims to describe, interpret and understand the experiences of the informants. It is used an interpretive and understandingly paradigm, where phenomenology is used as a theory with hermeneutics as a methodology and framework of interpretation of the data

The analysis in this study is based on the collected data and it is using a qualitative content analysis as described by Graneheim and Lundman (2003).

The findings of the survey are organized in two main themes; 1: A constructive group process is central to the interaction, and 2: Coordinator role: to be the ideal “spider”, completed with categories and subcategories.

Theme 1 is about the constructive group process that is central to the interaction of an individual plan. This theme designated five categories. A constructive group process based on a common understanding where respect for the individual and user focus are central. In order to conduct such a process motivation is a prerequisite - this applies to both user and health care professionals. Furthermore, it emerged that a good interaction climate promotes the interaction process, based on equality and value-based dialogue. An active practice is a prerequisite for the dynamics of the group process and consists of targeted group practices, as specified in the thesis. A bureaucratic inertia can inhibit the process and motivation. A constructive group process requires availability and flexibility.

Theme 2 discusses the role of coordinator. The coordinator has the most crucial position for this user group. The coordinator role is complex and demanding. The coordinator role is divided into six subcategories. Comprehensive and relevant knowledge is essential. As a coordinator in this context you must have administrative, organizational and clinical knowledge, extensive management knowledge, knowledge about psychosis and knowledge

of public services. A coordinator role also requires extensive motivation. A coordinator must have a genuine desire to have such a role, and the expectations and responsibilities that come with it. It also requires personal skills with appropriate interaction capabilities. A coordinator is a continuity-carrier and multi-tasker. A coordinator role requires leadership. A leader must have different personal characteristics such as clarity, confidence and humility and be an empathic role model in the group. The coordinator must have a relationship to the user where characteristics such as trust and confidence are included.

Findings from this study indicates that a constructive group process will strengthen the cooperation in an individual plan. Such a process depends on shared understanding, a good climate of interaction and active use of the plan, and last but not least, motivation.

Motivation is required from all participants in a collaborative process to succeed in the best possible way. Interaction depends on motivation from the user, health care professionals and coordinator. Health care professionals have a particular responsibility for motivational work with people suffering from severe psychotic disorders, due to the symptom related challenges of this group, especially when it comes to motivation. The systems must have the flexibility and availability to facilitate ease of interaction. This promotes the necessary motivation among health care professionals.

The results of the study also show that the coordinator role is a particularly crucial role for users suffering from severe psychotic disorders. The formalization of this complex and demanding role through a systematic education, could increase the prerequisites to succeed in this work.

Keywords: Individual plan, Severe and long-lasting psychotic disorders, collaboration, hermeneutic- phenomenological, coordinator, constructive group process, motivation.

Forord

Nå er tiden inne for å avslutte et lærerikt år som masterstudent ved Høgskolen i Hedmark. Nå er masteroppgaven skrevet, og den har gitt meg både spenning, lærdom og utfordringer.

Det er flere personer som har gjort denne studien mulig å gjennomføre, og som jeg ønsker å takke. Jeg vil først takke alle deltakerne i fokusgruppene, som tok meg imot på en inkluderende måte og delte spennende erfaringer intervjuene. Uten dere hadde ikke dette blitt noen studie i det hele tatt!

Jeg vil også takke arbeidsgiver, og særlig deg Randi Dyste, for tilrettelegging og støtte gjennom masterprosessen. En stor takk til mine kolleger på 3D. Dere har vært fantastiske og bidratt med faglige innspill, engasjement og støtte i en tid med både spenning og utfordringer.

Tusen takk til deg, Torunn Lysgård, for ideer i forhold til prosjektet

Og til deg, May Rita Bergersen. Tusen takk for all hjelp gjennom oppgaven!

Til dere i Samhandlingsprosjektet Østre Toten/ Sykehuset Innlandet (Reinsvoll & DPS). Tusen takk for at dere inviterte meg med inn i teamet, og ga meg både inspirasjon og innspill. Det har virkelig bidratt til samhandling om denne studien.

En spesiell takk til deg, Torfinn Hynnekleiv, for faglige innspill og veiledning i oppgaveprosessen. Og ikke minst fotballtreninger med gode pasninger, samspill og fenomenologiske betraktninger.

Jeg vil også takke mine kjære naboer, Dag, Mona og Marius. Dere har vært en god støtte i prosessen.

Til slutt vil jeg takke deg, Arild Granerud, for god støtte, gode innspill og utmerket veiledning.

Reinsvoll, august 2013

Brede Sangnæs

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	4
Forord	6
1.0 Introduksjon	9
1.1 Hensikt og problemstilling	9
1.2 Begrepsavklaringer	10
2.0 Teoretisk rammeverk	12
2.1 Bakgrunn og kunnskapsstatus	12
2.2 Individuell Plan	14
2.2.1 Koordinator og koordinatorrollen	15
2.2.2 Ansvarsgruppe	16
2.3 Samhandling	17
2.3.1 Tverrfaglig team og tverrfaglig samhandling	18
2.3.2 Hva fremmer og hemmer samarbeid i team?	18
2.3.3 Motivasjon og samhandling	20
2.3.4 Mestringsorientert ledelse i samhandling	20
2.4 Alvorlig og langvarig psykoselidelse	21
2.5 Empowerment og brukermedvirkning	22
3.0 Metode	25
3.1 Valg av metode	26
3.1.1 En hermeneutisk fenomenologisk tilnærming	26
3.1.2 Fenomenologi som teoretisk utgangspunkt	27
3.1.3 Hermeneutikk som metode og fortolkningsramme	27
3.2 Valg av informanter	30
3.3 Fokusgruppeintervju som metode i datainnsamling og dataskaping	30
3.3.1 Den praktiske gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene	31
3.3.2 Semistrukturert intervjuguide	33
3.4. Transkripsjon av det empiriske datamaterialet	33
3.5 Analyse	35
3.5.1 Analyse av data fra fokusgruppeintervju; analyseenhet og perspektiv	36
3.5.2 Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse	36
3.6 Ethiske overveielser	38

3.7	Metodediskusjon	40
4.0	Presentasjon av resultater	45
4.1	Tema 1: En konstruktiv gruppeprosess er sentralt i samhandlingen	48
4.1.1	En konstruktiv gruppeprosess baseres på et felles forståelse	48
4.1.2	Motivasjon er sentralt for å drive en konstruktiv gruppeprosess	50
4.1.3	Et godt samhandlingsklima fremmer prosessen	52
4.1.4	Aktiv praksis er en forutsetning for dynamikken i gruppeprosessen	54
4.1.5	En byråkratisk treghet er hemmende i prosessen	56
4.2	Tema 2: Koordinatorrollen: å være den ideelle edderkopp.	58
4.2.1	Koordinators kunnskap er essensielt:	59
4.2.2	Koordinatorrollen krever utstrakt motivasjon	62
4.2.3	Koordinators nødvendige samhandlingsevner	63
4.2.4	Koordinatoren må ha lederegenskaper	65
4.2.5	Koordinator må ha relasjon til brukeren	67
4.2.6	Koordinatorrollen er krevende	68
5.0	Diskusjon og konklusjon	71
5.1	Hvilken rolle spiller motivasjon i samhandling, og hva kan påvirke den? ...	71
5.2	Hvor og hvordan bør individuell plan utformes?	78
5.3	Bør koordinatorrollen formaliseres i en obligatorisk og utdanning?	80
5.4	Konklusjon	82
	Litteraturliste	83
	Vedlegg 1	94
	Vedlegg 2	95
	Vedlegg 3	96
	Vedlegg 4	97

1.0 INTRODUKSJON

Samhandling, koordinering og kontinuitet i de samlede tjenestene for mennesker med psykoselidelser er svært viktig fordi mange trenger ulike typer hjelp og tiltak over lang tid. Det er allmenn enighet om at disse tjenestene fungerer ujevnt innen de ulike helsetjenestene og særlig på tvers av ulike typer tjenester. Det fører i verste fall til at mennesker i sårbare grupper ikke får de tiltak og tjenester de har krav på. For brukere med behov for langvarige og koordinerte tilbud vil samhandling mellom ulike instanser være sentralt for å sikre et vellykket behandlings- og oppfølgingsforløp (Helsedirektoratet, 2013).

Siden 2001 har retten til å få utarbeidet en Individuell plan vært en lovbestemt rettighet for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan (IP) er et organisasjonsrettet og brukerrettet virkemiddel, der målet er at bruker skal ha en personlig koordinator og en overordnet plan for mål og tiltak. Formålet med en slik plan er at den skal bidra til at tjenestemottakeren får et individuelt, koordinert, helhetlig og tilpasset tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2010).

Ved bruk av en individuell plan opprettes det ofte en ansvarsgruppe, og planen er et verktøy for samarbeid mellom planeier og tjenesteapparatet samt mellom de ulike tjenesteytere. Det skal være fokus på brukermedvirkning i planprosessen (Ibid).

1.1 Hensikt og problemstilling

I mine 16 år som sykepleier/psykiatrisk sykepleier i psykisk helsevern, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, har jeg ulike erfaringer med hvordan oppfølging og samhandling har fungert for brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser. En gruppe mennesker som ofte både har rett på og behov for omfattende tjenestetilbud. Fenomenet Individuell plan (IP) ble jeg introdusert for i 2001. Jeg har vært både deltaker og koordinator i ansvarsgrupper. Individuell plan er et verktøy som stadig diskuteres i de kliniske miljøer, ikke minst fordi de ulike fagfolkene i hjelpeapparatet sitter på ulike erfaringer. Som masterstudent fikk jeg derfor en ide om å undersøke disse erfaringene gjennom fokusgruppeintervjuer av invitert helsepersonell.

Hensikten med denne masterstudien er å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med individuell plan som verktøy i samhandling for pasienter/ brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser. Jeg inviterte tre grupper til intervjuer; en gruppe fra spesialisthelsetjenesten, en gruppe fra kommunehelsetjenesten og en gruppe fra en privat helsetjeneste for å undersøke det nærmere.

Samhandlingsreformen, som ble innført i 2012, påpekte som en av utfordringene i dagens helsetjenester at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok og at tjenestene er for fragmenterte (HOD, 2008-2009). Det til tross for at IP har vært et verktøy for samhandling og brukermedvirkning helt siden 2001. Jeg tenker derfor at vi bør høste erfaringer fra IP, som jo vil være svært relevant for utforming og utføring av sentrale sider ved den ferskere samhandlingsreformen.

Følgende problemstilling søkes belyst gjennom studien:

Hvordan erfarer helsepersonell individuell plan som verktøy i samhandling for pasienter/ brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser?

1.2 Begrepsavklaringer

I denne masterstudien brukes både begrepet psykoselidelse og alvorlig og langvarig psykoselidelse. Jeg presiserer at fokus vil være på mennesker med alvorlige og langvarige psykoselidelser. Innunder denne betegnelsen vil fra et diagnostisk synspunkt særlig mennesker med alvorlige og kompliserte schizofrenilidelser inkluderes men også andre psykosetilstander.

Det benyttes begrepet pasient og bruker om hverandre gjennom studien. Jeg vil likevel presisere at i følge Pasient- og brukerrettighetsloven defineres en pasient som :

En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet.

Helsehjelp er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell

(Pasient- og brukerrettighetsloven, § 1-3)

Mens en bruker defineres som:

En person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp som definert ovenfor.

(Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, f)

Mennesker med alvorlige og langvarige psykoselidelser har ofte behov for et bredt og sammensatt tjenestetilbud definert som helsehjelp, men også tiltak som ikke er definert under denne kategorien hjelp, det være seg NAV- tjenester eller andre typer tiltak og tilbud. Jeg finner det derfor hensiktsmessig å bruke betegnelsene pasient og bruker om hverandre, med en og samme betydning.

Individuell plan forkortes med IP. Begge betegnelsene brukes i oppgaven.

Det er i den gjennomgåtte faglitteraturen i liten grad funnet klare begrepsmessige skiller på begrepene samhandling og samarbeid. Stort sett brukes betegnelsene om hverandre. Et unntak er Samhandlingsreformen som definerer samhandling relativt presis som :

Uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

St. nr. 47 s. 13. (HOD, 2009).

Jeg bruker ordene samhandling og samarbeid om hverandre men definert slik som Samhandlingsreformen gjør det.. Det er verdt å legge merke til at denne definisjonen innebærer at samhandling ikke er et mål i seg selv men fokuserer på samhandlingen som verktøy for å oppnå målsettingene for pasienten..

Det skal legges til at ”samhandling for” (*jfr. problemstillingsformuleringen*) ikke bare betyr samhandling med bruker, da samhandlingsprosessen, samhandling om planarbeidet og samhandling innebærer involvering av alle parter i den individuelle planen.

Jeg bruker begrepene deltakere, respondenter, informanter om hverandre i betydningen de som representerer helsepersonell som har deltatt i fokusgruppeintervjuene.

Begrepet planeier betyr den som eier en individuell plan som er pasienten (brukeren).

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapitlet presenteres teorier som har relevans for denne masterstudien. Jeg vil først ta for meg bakgrunn og kunnskapsstatus fra feltet. Deretter beskrives teorier og kunnskap om individuell plan og koordinator og ansvarsgruppe, samhandling, alvorlig og langvarig psykoselidelse og empowerment. Det representerer teorigrunnet i studien.

2.1 Bakgrunn og kunnskapsstatus

Det er et kjent problem internasjonalt at det er en utfordring å gi kontinuerlige og fleksible tjenester fra mange tjenesteaktører samtidig til sårbare pasientgrupper (Gröne, Garcia-Barbero & WHO Service, 2001; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Ouwens, Wollersheim, Hermnes, Hulscher & Grol, 2005)

Verdens helseorganisasjon (WHO) har gitt føringer om at det skal settes økt fokus på brukeres rett til medvirkning og på bedre koordinering av tjenestene, spesielt for mennesker med psykiske lidelser (WHO, 2005). I den sammenheng nevnes det som internasjonalt omtales som ”integrated care models” som en metode å møte utfordringer i forhold til fragmenterte og lite koordinerte tjenester. ”Integrated care” kan forstås som en ”paraplybetegnelse” for flere modeller som er utviklet for å koordinere tjenester (Åhgreen, 2007). Målet for disse modellene er å fremme kvalitet i tjenestene når det gjelder koordinering, samhandling, kontinuitet og brukertilfredshet (Kodner & Spreeuwenberg, 2002)

Forskningsbasert kunnskap om betydningen av samhandling er likevel begrenset. Det er få gode studier av samhandling, noe som gjør det vanskelig å trekke konklusjoner (Craven & Bland, 2006). Forskning på samhandling har hovedsakelig vært gjort i forhold til depresjon og angst, og det er mangel på kunnskap om samhandling mellom tjenester for alvorlig psykisk syke (Armitage et al 2009). Forskning på tjenestemodeller for denne gruppen har vært på integrerte modeller som ACT (Assertive Community Treatment) og på case management, men ikke mye på samhandling mellom de eksisterende tjenestene som sammen skal dekke behovene til de alvorlig psykisk syke (Craven & Bland, 2006). De modellene som finnes, er stort sett modeller som beskriver samhandling mellom to aktører (som lege og sykepleier), men ikke mer kompleks samhandling som er nødvendig på tvers av flere typer

og nivåer av tjenester for å hjelpe personer med langvarig alvorlig psykisk sykdom. (Åhgren & Axelsson, 2011).

Det er gjort noen større forskningsprosjekter nasjonalt i forhold til individuell plan. Noen felles funn er at IP ikke brukes i ønsket omfang, samt at det er utfordringer knyttet til manglende ressurser og uklare beslutningslinjer. I tillegg vurderes utforming av koordinatorrollen som viktig for å imøtekomme de forskjellige brukergruppens behov for tett oppfølging (Holum & Toverud, 2012).

Helsedirektoratet gjennomførte seks regionale konferanser om individuell plan i 2008, der et av innslagene var å innhente erfaringer fra praksisfeltet i forhold til hva de mente var de tre viktigste momentene for å lykkes med individuell plan. Det at bruker opplever seg som sett, hørt og verdsatt var ett viktig moment i tillegg til at god relasjon mellom koordinator og bruker ble fremhevet. Ett annet viktig moment var at arbeide med individuell plan må forankres både på et politisk og individuelt nivå, slik at det settes av tilstrekkelig med tid til arbeidet, i tillegg til opplæring, veiledning og systematisk samarbeid på tvers av ulike nivåer, etater og tjenester. Ett tredje viktig moment var fokus på koordinatorrollens sentrale betydning i arbeidet med individuell plan. Praksisfeltet understreket myndiggjøring av denne rollen (Helsedirektoratet, 2009).

I følge Holum (2012) fungerer individuell plan i bare en av fire saker for ungdom og unge voksne med omfattende psykiske lidelser. Planprosessene fungerer best der det oppstår få utfordringer knyttet til ansvarsfordeling om økonomi, tiltak og behandling. Brukers ønsker og forutsetninger for å delta er vesentlig. At koordinator er stabil, har legitimitet og en god relasjon til bruker er viktig for å oppnå en velfungerende plan (Holum & Toverud, 2012).

De forskjellige variantene av ”case management” modellene har kanskje størst likhet med Individuell plan med hensyn til brukerfokus og ”case manager” som koordinator. Det er imidlertid sprikende funn om effekten av modellen (Ibid). Noen større oversiktsartikler vurderer ” case management” totalt sett til å være en effektiv intervensjon i dagens psykiatri (Zwarenstein et al, 2009).

2.2 Individuell Plan

Individuell plan (IP) er et planverktøy som skal sikre brukere av helse av helse- og sosialtjenestene/ NAV medvirkning i egen behandling og et godt koordinert tjenestetilbud. IP er en lovfestet pasientrettighet, sikret gjennom pasientrettighetsloven, helse- og sosiallovene og gjennom NAV- lovgivningen fra henholdsvis 2001, 2004 og 2007. IP er i tråd med nasjonale og internasjonale føringer om at brukers ønsker, behov og ressurser skal få større vekt (Holum, 2012)

Med behov for langvarige tjenester menes at behovet må ha en viss varighet, men det kreves ikke at behovet skal strekke seg over et bestemt antall år. Med koordinerte tjenester menes det at behovet må gjelde to eller flere helse- og omsorgstjenester. Det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at disse bør ses i sammenheng (HOD, 2011). Bak innføringer av individuell plan i 2001 lå det blant annet en erkjennelse av at tjenesteapparatet er for svakt koordinert, spesielt overfor brukere med sammenfattende behov. De er det mange av innefor psykisk helsevern og faller innunder temaer som også berører forholdet mellom god ledelse og resultater generelt (Vik, 2007).

En individuell plan er et overordnet plandokument og verktøy som beskriver de tjenestene man mottar. Planen tydeliggjør det forpliktende samarbeidet og ansvarsfordelingen mellom de ulike instanser man mottar tjenester fra. Pårørende kan også delta, dersom bruker ønsker det. (Helsedirektoratet, 2010) Det skal være fokus på brukerinvolvering og brukermedvirkning i planprosessen, noe som er i tråd med både nasjonale og internasjonale anbefalinger (Ibid). Bruk av individuell plan (IP) skal bidra til at mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få mer målrettede, brukerbaserte og koordinerte tjenester.

Planen er et verktøy for samhandling mellom de ulike tjenesteyterne, og den skal inneholde et helhetlig og begrunnet tjenestetilbud, der vurderinger og virkemidler er sammenfattet (Helsedirektoratet, 2010).

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for disse brukerne. Pliktbestemmelsene innebærer at kommunen på eget initiativ må vurdere om en person bør få tilbud om en individuell plan. Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres

jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 (HOD, 2011). Planen skal ikke utarbeides mot pasient eller brukers vilje. Prinsipp om samtykke gjelder. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte (Ibid).

Helseforetaket har også et ansvar her. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om IP for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Dersom en pasient har behov for tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetaket skal så fort som mulig varsle kommunen når de ser at det er et slikt behov hos en pasient. De skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med den individuelle planen. (jfr. Helseforetaksloven § 2-5 (HOD, 2001))

Den individuelle planen gir imidlertid ikke pasient eller bruker større rett til de ulike tjenestene, men det er et viktig grunnlagsdokument som skal bidra til at du får et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2010)

Dersom en pasient/bruker ikke ønsker en individuell plan, skal den ikke utarbeides. Plikten til å yte forsvarlig helsehjelp og samarbeide med andre så langt som mulig innenfor reglene om taushetsplikt, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 2-1b, gjelder uansett (HOD, 1999).

2.2.1 Koordinator og koordinatorrollen

En tjenesteyter skal til enhver tid ha hovedansvar for oppfølging av tjenestemottaker. Denne tjenesteyteren kalles i mange tilfeller for koordinator. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommune og spesialisthelsetjenesten tilby koordinator uavhengig av om bruker ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging, sikre samordning av tjenestetilbudet, samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 (HOD, 2011) og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a (HOD, 1999).

Koordinators oppgaver er å legge til rette for at bruker deltar i arbeidet med sin individuelle plan. Det kan om ønskelig skje i sammen med pårørende. Koordinator skal også sikre god informasjon og dialog med planeier, det vil si bruker, gjennom hele planprosessen. Som koordinator skal du være brukers kontaktperson og ressurs i tjenesteapparatet og innkalle til

møter knyttet til IP. I koordinatorrollen har du et lederansvar i tillegg til at du har ansvar for å følge opp planen. En viktig del av planprosessen er jevnlig oppdatering og evaluering.

En koordinatorrolle kan være både spennende og krevende. Når det er knyttet varige forventninger til en oppgave eller situasjon, oppstår det roller. Å forme sin rolle handler om å klargjøre hvilke forventninger man skal imøtekomme. Det kan bidra til at man unngår rollekonflikter og urealistiske krav og forventninger. Koordinator må bevisstgjøre seg selv, brukere og andre deltakere i ansvarsgruppa om at koordinator på linje med de andre tjenesteyterne skal utøve sin fagrolle. Det må også avklares forventninger til hverandre i arbeidet med en individuell plan (Helsedirektoratet, 2010).

Helsedirektoratet (2010) anbefaler opplæring av koordinator både i forhold til lovreguleringer i forhold til individuell plan, rettigheter bruker har i forbindelse med planen, og plikter tjenesteapparatet har i forhold til å yte tilbud og tiltak. De anbefaler også at brukermedvirkning og møteledelse bør inngå i opplæringen. Videre påpekes det at en koordinator bør ha opplæring i tverrfaglig samarbeid og kunnskap om tjenesteapparatet. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatører jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 (HOD, 2011).

Det er viktig at koordinator blir tatt vare på av sine overordnede og at deltagerne i ansvarsgruppen tar ansvar for sin egen deltakelse i samarbeidet. Det er ikke slik at det er koordinator som skal utføre alle oppgavene. Koordinator skal akkurat som tittelen illustrerer koordinere felles arbeid og se til at prosessen/aktivitetene går framover. Alle deltakere er like pliktige til å få til det man har satt seg som mål å oppnå. Rollen som koordinator kan ivaretas av mange ulike profesjoner fra ulike sektorer. Det er ingen obligatorisk utdanning for å kunne være koordinator (Helsekompetanse.no).

2.2.2 Ansvarsgruppe

En ansvarsgruppe er sammensatt av personer med ulik bakgrunn og ulike profesjoner som bidrar med tjenester eller annen hjelp til en pasient/bruker med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Gruppen kan være et godt utgangspunkt for å utarbeide og følge opp individuell plan. God samhandling med andre instanser rundt den enkelte pasienten innebærer at det er nødvendig med aktiv og planlagt oppfølging av pasienten og en

tydeliggjøring av ansvarsfordelingen, gjerne gjennom å etablere en ansvarsgruppe (Helsedirektoratet,2013).

En del brukere synes det er vanskelig å delta på møter med mange personer tilstede. Antall deltakere i en ansvarsgruppe bør derfor begrenses til de mest sentrale aktørene. Dersom bruker ikke vil delta på møtet, må en likevel sørge for at synspunktene deres blir ivaretatt i møtet og planskrivingen. Det må bruker bli oppdatert i etterkant. Ansvarsgruppemøter skal foregå med mest og best mulig brukermedviskning (ibid).

En ansvarsgruppe er ikke en lovpålagt oppgave. Likevel må ansvarsgruppearbeid skje i samsvar med lover og regler om taushetsplikt, jamfør helselovene.

2.3 Samhandling

HOD (2008-2009) *Samhandlingsreformen* definerer samhandling som:

”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (s. 13).

Samhandlingen kan representere et mangfold av aktiviteter hvor ulike aktører fra ulike tjenester og med ulik kompetanse deltar. Samhandling kan være omfattende. Den tradisjonelle ansvarsfordelingen i helsevesenet mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten stilles overfor utfordringer på ulike samarbeids- og samhandlingsområder og det kan være vanskelig å trekke klare grenseskiller i ansvarsområder mellom kommunale tjenester og spesialiserte tjenester. Det til tross for gjeldende lovverk og nasjonale føringer som de ulike tjenester skal jobbe etter (HOD 2008-2009).

En forutsetning for å gi et helhetlig tilbud til pasienter med psykoselidelser er god samhandling mellom nivåene ved at kommunene og spesialisthelsetjenestene koordinerer tjenestene, og at det sikres gode rutiner for utskrivning fra døgnopphold i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2013).

Det er utarbeidet egne samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak som virkemiddel i å styrke samhandling. Formålet med avtalene er å fremme samhandlingen ved

å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelig mellom kommuner og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner (Ibid).

2.3.1 Tverrfaglig team og tverrfaglig samhandling

I en individuell plan deltar ulike aktører med forskjellig bakgrunn. Ofte samlet i en såkalt ansvarsgruppe (Helsedirektoratet, 2010). Det er forsket mye på hva som generelt fremmer og hemmer teamarbeid (Berg, 2006). Jeg vil nå presentere ulike relevante teorier om dette.

Katzenbach & Smith (1999) omtaler team som lite antall mennesker med utfyllende ferdigheter som har forpliktet seg til et felles formål, prestasjonsmål og innstilling, og som holder hverandre felles ansvarlig for det.

En ansvarsgruppe består som regel av et lite antall mennesker med ulike typer ferdigheter og utdypende ferdigheter, som skal ha et felles formål med felles ansvar for at tiltak blir gjennomført. Gruppen er som regel tverrfaglig med ulike profesjoner, som skal utfylle hverandre på en optimal måte. Selv om teamdefinisjonen over ikke sier noe direkte om tverrfaglighet, er definisjonen forenelig med tanken om at kompletterende kompetanse eller ferdigheter vil kunne være nødvendig for å oppnå teamets målsettinger.

2.3.2 Hva fremmer og hemmer samarbeid i team?

Berg (2006) mener grunnlaget for et godt samarbeid ligger i gjensidig tillit, gjensidig respekt og gjensidig frihet til å si det man ønsker. Han trekker også frem elementer som kan øke sannsynligheten for et godt samarbeid. Disse er rolleavklaringer, utvikling av felles metode og forståelse og avklaring av resultatforventninger. Å bli hørt, ha et lavt konfliktnivå og å kunne spørre, er forhold som har innvirkning på tverrfaglig samarbeid. Videre virker faglig trygghet, humor, lite profesjonskamp og god kommunikasjon å være fremmende. Mulighet for utblåsning, god struktur, tilfredsstillende grad av autonomi er også forhold som virker positivt.

Kreitner & Kinicki (2001) presenterer sentrale tillits-elementer som god kommunikasjon og ærlighet. Andre elementer er gjensidig forståelse, støtte, nærhet og tilgjengelighet. Når man skal bygge tillit må man lytte aktivt. Alt det fremmer opplevelsen av verdighet. Som aktør må man oppføre seg rettferdig og gi grunnleggende anerkjennelse samt være forutsigbar og pålitelig

Stangor (2004) diskuterer fordeler og ulemper ved forskjellighet. Han mener at team med like medlemmer vil øke fellesskapsfølelsen i gruppen og vil redusere tiden gruppen bruker på å bli enige på grunn av enklere kommunikasjon og mer effektiv koordinering. Og medlemmer med ulik personlighet, erfaring og evner kan synes å redusere gruppetenkning. Men flere ressurser, ideer og syn i gruppen kan bidra til økt diskusjon og kreativ tenkning. Grupper med ulike medlemmer presterer jevnt over bedre på produksjon-, problemløsning- og kreativitetsoppgaver enn grupper med medlemmer med lik fagbakgrunn (Levi, 2001). Stangor (2004) framhever dog at ekstreme nivå av forskjellighet kan produsere destruktive konflikter. Levi (2001) peker på at forskning stort sett viser at ulikhet hos teammedlemmer er en fordel så lenge teamet lærer seg å mestre problemer linket til denne ulikheten. Han nevner fordommer og konkurranse mellom medlemmer som noen av de største vanskelighetene ved tverrfaglig samarbeid. Lauvås & Lauvås (1994) framhever at revirtenking hos fagfolk er det vanligste problemet ved tverrfaglig samarbeid.

Levi (2001) mener at faggrupper bør forsøke å bli mer bevisste på oppfatninger de har om andre yrkesgrupper for å kunne eliminere stereotyper. Også Parker (1994) diskuterer dette. Han understreker at før god kommunikasjon kan opptre, må alle teammedlemmene verdsette ferdighetene de andre medlemmene bringer til teamet. Det kan føre til fellesskap i gruppen som skal samarbeide. Felles kunnskaper og ferdigheter, felles holdninger og måter å tenke omkring arbeidsoppgaver gjør at medlemmer knytter seg til hverandre. Det styrker forutsetning for samhandling (Granèr 1995).

Lauvås & Lauvås (1994) drøfter hvordan *autonomi* kan virke inn på samarbeid i team. Lauvås hevder at hvis samarbeidet skal bli reelt, må medlemmene innordne seg i et faglig fellesskap på tvers av profesjoner og i mange tilfeller gi avkall på noe av den autonomien man ellers kunne oppnå. Lauvås & Lauvås mener derfor at forutsetningene for et funksjonelt samarbeid er nettopp at man gir avkall på autonomi. Levi (2001) har også studert hvordan makt virker inn på team. Ulikt maktnivå har ofte årsak i ulik status hos deltakerne. Denne statusforskjellen synes å virke inn på kommunikasjonen i teamet. En konsekvens av det er at når personer med høy status snakker, vil andre enten si seg enige eller ikke si noe. Høystatuspersoner har derfor mer påvirkningskraft i gruppediskusjoner. Denne typen kommunikasjonsmønster leder ikke til gode beslutningsprosesser eller til tilfredse og motiverte teammedlemmer.

2.3.3 Motivasjon og samhandling

Begrepet motivasjon defineres og beskrives på ulike måter i litteraturen. Kaufmann & Kaufmann (1998) sier at det handler om biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som aktiverer, gir retning til og opprettholder adferd for å oppnå et mål. Definisjonen viser at motivasjon handler om tre prosesser. Man er på den ene siden opptatt av forhold som starter en bestemt type atferd, hvilke forhold som har betydning for hvilke komponenter som styrer atferden i det videre, og til sist, hvilke faktorer som bidrar til at atferd opprettholdes. Bjørvik & Haukedahl (2001) mener at det er bestemmende for våre handlinger. I følge Deci & Ryans motivasjonsteori er det forskjell på indre og ytre motivasjon. Hvis en person gjør en aktivitet på grunn av interesse for selve aktiviteten, og denne aktiviteten er belønning nok i seg selv er det snakk om indre motivasjon. Ytre motivasjon er når personen gjør noe fordi han ønsker å oppnå en belønning eller et mål utenfor selve aktiviteten.

Medarbeidere som opplever tilfredshet i jobben og føler glede og mening når de utfører arbeidsoppgavene sine, skaper de beste resultatene. Disse medarbeiderne er indre motiverte. Indre motivasjon er en viktig kilde til for å oppnå gode arbeidsprestasjoner (Kuvås, 2008). Motiverte medarbeidere opplever stor grad av frihet til å planlegge og utføre arbeidsoppgaver. De opplever at lederne deres styrker følelsen av å være kompetent i jobben man skal utføre og oppfordrer til utvikling. Utstrakt samhandling med kolleger virker positivt på den indre motivasjonen. Det gir en glede og en motivasjon som styrker samhandlingsprosesser. Det kan være overførbart til et konstruktivt teamarbeid.

2.3.4 Mestringsorientert ledelse i samhandling

Linda Lai (2004) skriver at mestringsorientert ledelse har fokus på å gjøre andre så gode som mulig, ut fra deres forutsetninger. Det er å motivere til utvikling og mestring, og gi konstruktiv tilbakemelding på god innsats og utvikling. Hun mener at mestringsorientert ledelse er en sterk driver for kompetansemobilisering, motivasjon, innsats og ytelse i tverrfaglig samhandling. Et mestringsorientert kollegaklima fokuserer på å gjøre hverandre så gode som mulig. Det skjer ved gjensidig motivasjon til utvikling og mestring og konstruktive tilbakemeldinger. Det fremheves nytteverdien av å dele kompetanse, framfor å skjule kompetanse

Parker (1994) mener en tverrfaglig leder bør være fleksibel og skiver at en svært rigid og strukturert person som liker klare regler og reguleringer vil ha problemer i tverrfaglige teammiljø. McIntyre & Salas (1995) mener at en teamleder må fungere som et forbilde og rollemodell for teamet. Lederens egenskaper og ledelsesstil kan synes å påvirke om hjelpende atferd mellom teammedlemmene blir etablert.

En koordinator fungerer som en koordinerende teamleder i en individuell plan. Helsedirektoratet anbefaler at koordinator bør ha opplæring i ledelse. Kunnskap om tverrfaglig ledelse er nyttig kompetanse i koordinatorfunksjonen.

2.4 Alvorlig og langvarig psykoselidelse

Psykososer er fellesbetegnelsen for en sammensatt gruppe psykiske lidelser som har nedsatt eller manglende realitetstestende evne som felles kjennetegn. Psykososer deles grovt sett inn i diagnosegruppene schizofrenier, paranoide psykososer, akutte og forbigående psykososer og schizoaffektiv psykose, og kjennetegnes vanligvis av tre hovedtyper symptomer. *Positive symptomer* (vrangforestillinger og hallusinasjoner), *negative symptomer* (mangel på initiativ, interesseløshet, følelsesavflating, manglende tiltakslust, stereotyp tenkning) og *kognitive symptomer* som omhandler problemer med informasjonsbearbeiding. I tillegg finner man ofte allmenne symptomer som angst og depresjon (Jordahl & Repål, 2009). Den alvorligste og mest undersøkte av psykoselidelsene er schizofreni (Rund, 2011).

Kognitive symptomer har vært særlig undersøkt ved schizofreni, og her viser det seg at opp til 75 % av mennesker med denne psykoselidelsen har kognitive symptomer (Palmer et al, 2009). Kognitive symptomer er som nevnt problemer med informasjonsbearbeiding. Informasjonsbearbeiding omhandler hvordan individet nyttiggjør seg den informasjon som tas inn gjennom sansing/persepsjon, som endres gjennom læring, oppbevares i hukommelsen og brukes til å løse problemer ved hjelp av språk og tenkning (Helsedirektoratet, 2013). Evne til oppmerksomhet, hukommelse, innlæring, tempo, eksekutiv fungering og arbeidsminne kan være redusert ved kognitive svekkelser. Negative symptomer og kognitive symptomer er symptomer som er mest funksjonshemmende (Jordahl & Repål, 2009).

Alvorlige og langvarige psykoselidelser, slik som schizofreni, fører ofte til problemer på sentrale livsområder, slik som gjennomføring av dagligdagse aktiviteter, utdanning, arbeid, fritid og familieliv. Behovet for samtidighet og samhandling i allmenne og spesialiserte tjenestetilbud kan vare over lang tid (Helsedirektoratet, 2013).

Schizofreni regnes som den alvorligste av psykoselidelsene. En har vanligvis regnet med at livstidsrisikoen for å utvikle denne lidelsen ligger på rundt 1 % i de fleste befolkningene verden over, avhengig av definisjonen (Rund, 2011). På individnivå varierer symptomatologien og langtidsforløpet. Omlag 25 % har én enkelt sykdomsepisode, mens 25 % får et kronisk, livslangt forløp. De resterende 50 % har et forløp mellom disse to ytterpunktene (Harding, 1994). I følge Malt og Melle m.fl. (2012) viser oppfølgingsstudier at etter fem år har omtrent halvparten oppnådd stabilt fravær av psykotiske symptomer, og omtrent en fjerdedel har stabil god funksjon.

Diagnostisering har mange aspekter inkludert potensielt uheldige sider. En fare er å redusere mennesket til diagnosen (Helsedirektoratet, 2013). Diagnoser kan virke stigmatiserende. Selvstigma vil si at pasienten tenker på seg selv som sykdommen, istedenfor å se seg selv som et fullt og helt menneske med muligheter for utvikling (Jensen et al, 2009). Fordelen med en grundig diagnose kan bidra til at man får en best mulig behandling og oppfølging i forhold til lidelsen og som menneske (Jordahl & Repål, 2009).

2.5 Empowerment og brukervedvirkning

Empowerment er en sentral teori som brukervedvirkning bygger på (Larsen et al, 2006). Myndiggjøring er en norsk oversettelse. Empowerment dreier seg om å stimulere mennesker til å mobilisere egne krefter, og nøytralisere krefter som skaper avmak (Askheim, 2012). Power kan her oversettes med både makt, styrke og kraft. Målet er at mennesket tar mer kontroll og ansvar for eget liv (Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

Begrepet knyttes ofte opp mot mennesker eller grupper av mennesker som har vært i en avmaktssituasjon og hvordan de kan komme seg ut fra en slik situasjon. Helsepersonells rolle er å bidra til at mennesker i en slik situasjon mobiliserer styrke og kraft som igjen skaper mak (Askheim, 2012). Askheim mener verdier som respekt, tillit, rettferdighet, åpenhet, tillit og solidaritet kan settes i sammenheng med empowerment-tenkningen. Han problematiserer imidlertid spørsmålet om hva disse verdiene innebærer i praktisk handling.

Brukermedvirkning innen psykisk helsefeltet i Norge ble for alvor satt på dagsordenen på 1990-tallet. Utgangspunktet for det var en økende erkjennelse av at brukerne hadde verdifull erfaringskunnskap som kunne være en ressurs i behandlingen av psykiske lidelser, og som derfor måtte tas i bruk. Brukermedvirkning fikk et nytt gjennomslag med opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1998), og de nye

helselovene som fulgte i etterkant. Brukerne fikk rett til å delta i avgjørelser som angår deres egen behandling, samt rett til innflytelse på utformingen av tjenestene. I ettertid er innføringen av brukermedvirkning blitt omtalt som et paradigmeskifte innen psykisk helsetjeneste. Pasienter og pårørende som brukerrepresentanter skal ha plass i de fora hvor det tas beslutninger om prioriteringer og videreutvikling av helsetjenestene, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Brukerne og brukerrepresentantene må få oppleve likeverdighet i forholdet til både behandler og tjenesteapparatet. Når brukerne opplever at erfaringskompetansen deres blir tatt på alvor, fungerer brukermedvirkning (Deegan, 2006). Askheim (2012) mener at brukerne bør bli aktive bidragsytere i behandlingen, og ikke bare passive mottakere av tjenester. Det er i tråd med myndiggjøring. Ofte kan brukermedvirkning være en viktig faktor i det å gjenopprette verdighet, selvstendighet, mestringsevne og sosial deltakelse i samfunnet. Det er viktig at bruker medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som finnes, noe som sikrer både autonomi, myndighet og respekt for enkeltmennesket. Brukere skal oppleve at egne bidrag betyr noe og at de har en reell innflytelse på tilbudene. En reell brukermedvirkning avhenger av en åpenhet og vilje fra både behandlere og bruker. Det forutsetter en erkjennelse av maktforhold og bevissthet i samhandlingssituasjoner (Askheim, 2012).

I følge Høybråten (2004) danner livsverden, systemverden og empowerment et teoretisk utgangspunkt for hvilke paradokser som kan ligge i begrepet brukermedvirkning. I en pasient - terapeut relasjon i psykisk helsevern vil ofte pasienten være stilt i en svakere posisjon. I følge pasientrettighetsloven er behandlere pålagt å sikre pasientenes mulighet til medvirkning (HOD, 1999). Høybråten mener dette kan være vanskelig innenfor et behandlingssystem som har vært preget av kontroll og paternalisme. Begrepet empowerment står som en motsats til en paternalistisk tenkning der eksperter bestemmer hva som skal gjøres, og når, hvor, og hvordan det skal skje (Schjelderup et al, 2005). Empowerment er en måte å øke innflytelse over egen livssituasjon på. Når samfunnet gir rom for selvbestemmelse og vi føler oss myndiggjort og styrket, opplever vi oss generelt tryggere, sterkere og mer selvstendige. Det er i tråd med autonomiprinsippet. I moderne samfunn generelt og i helsevesenet spesielt, er *autonomi* blitt en av de moralske grunnpilarene. Pasientautonomi er et av de mest framtrepende etiske prinsipper for moderne helsetjenester (Askheim, 2012). I myndiggjøring ser man etter egenskaper og ressurser hos individet, i samarbeidsrelasjonene og i samfunnsmessige og organisatoriske styrende strukturer (Wormnes & Manger, 2005).

Brukermedvirkning tar utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket som et gode i seg selv. Brukere av psykisk helseverntjenester har erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer. I mange tilfeller er det et viktig supplement til fagfolk, politikere og administrasjon og det kan bidra til et bredere tjenestetilbud. Når brukere engasjeres i medvirkning, representerer det en aktivisering som kan styrke muligheter til å mestre eget liv, sikre verdighet og bidra til at behandlingsmessige behov blir ivaretatt. (Larsen et al, 2006). Behandling og oppfølging av brukere bør baseres på deres egne valg og prioriteringer, og skal bidra til deltakelse og økt mestring i samfunnet.

All god helsehjelp setter brukeren og pårørende i fokus for å bidra til at pasienten kan ta ansvar for seg selv og sin egen utvikling. Det må derfor legges til rette for at brukeren kan få innflytelse på sin egen behandling og oppfølging, og at pårørende får den støtten de trenger. Medvirkning har i seg selv en verdi som terapeutisk virkemiddel ettersom det kan gi større autonomi og bidra til at pasienten opplever håp og større kontroll over eget liv (Helsedirektoratet, 2013).

3.0 METODE

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for valg av forskningsdesign. Jeg tar for meg metodevalg og en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Jeg redegjør for utvalgsstrategi og utvalget i denne studien. Jeg tar for meg fokusgrupper som intervjumetode og transkripsjonsprosessen av datamaterialet. Jeg redegjør for analysemetode og analyseenhet, og tar for meg Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse spesielt. Jeg beskriver også de forskningsetiske overveielser som er relevant i forhold til studien. Metodedelen avsluttes med en metodediskusjon.

Spørsmål av vitenskapsteoretisk og filosofisk art ligger under eller bak valg av konkrete metoder og forskningsdesign (Thornquist, 2010). Thornquist mener det er et problem at det ofte hoppes over dette nivået, og at det er en hemske for fruktbar kunnskapsutvikling. I vitenskapsteorien finnes både ulike kunnskapssyn (*epistemologi*) og ulike syn på virkeligheten (*ontologi*). Ontologi dreier seg om hva læren om det værende og handler om hva som fins i verden. Epistemologi betyr kunnskapslære. Viktige epistemologiske spørsmål dreier seg om hva som er vitenskapelig viten eller sannhet, og hvordan slik kunnskap kan oppnås eller etableres (Jacobsen, 2005). Våre oppfatninger og tankemodeller om kunnskap og fenomener i verden styrer vårt blikk. De får oss til å stille noen spørsmål og se bort ifra andre (Thornquist, 2003).

Thomas Kuhn innførte begrepet paradigme, som beskriver grunnleggende begreper, teoretiske grunnantakelser og metodologiske prinsipper som man er enige om i en bestemt vitenskap i en bestemt periode (Kuhn, 1962). Vitenskapelig forskning skjer vanligvis innenfor et gitt paradigme og forteller hvordan vi ser på virkeligheten, hvordan man kan få kunnskap om den og hvordan man skal gå fram for å skaffe denne kunnskapen. (Olsson & Sörensen, 2003).

Et paradigme består i følge Törnebohm (1985) av forskers interesse, kompetanse, verdensbilde (*ontologi*) og vitenskapssyn. Dette fører til at forsker får en strategi i forhold til hvordan man skaffer valid kunnskap som igjen påvirker konkret metodevalgene (Olsson & Sörensen, 2003).

For egen del ønsket jeg å få mer kunnskap om helsepersonells kunnskap om IP i samhandling med en bestemt pasient- og brukergruppe. Med ovennevnte perspektiver bevisst framme, har jeg valgt forskningsdesign og gjort begrunnede vurderinger av hvem jeg

skulle intervju for å få relevant kunnskap. Jeg vurderte konkret hvilket forskningsdesign som var mest egnet for formålet

3.1 Valg av metode

Betydningen av ordet metode er ”veien til målet” (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvalitative forskningsmetoder bygger på en forståelse av forskning som en systematisk og reflekterende prosess for utvikling av ny kunnskap. Metodene involverer systematisk innsamling, organisering og tolkning av skriftlig materiale fra samtale eller observasjon for å utforske meningen av sosiale fenomen slik det erfares for individet i dets naturlige sammenheng. I et kvalitativt forskningsdesign er det vanlig at man har få enheter eller informanter, men dataene kan inneholde mange variabler (Olsson & Sørensen, 2003). Man ønsker å oppnå økt forståelse av menneskelige erfaringer, opplevelser, forventninger, tanker, holdninger og motiver (Malterud, 2006). Det viktigste i valg av design og metode er at forskeren velger den metodiske tilnærming som belyser formål og problemstillingen best mulig (Polit & Beck, 2004). Ut fra denne teoretiske forståelsen, har jeg endt med et kvalitativt design som egnet.

Kvalitative forskningsdesign omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling av data, organisering av datamaterialet, bearbeiding og fortolkning eller beskrivelser av materialet som består av tekst (Malterud, 2006). De fleste kvalitative studier har en induktiv ambisjon. Her går slutningsrekken fra det spesielle til det generelle. Vi bruker kunnskap fra det enkeltstående tilfelle til å si noe om et allment nivå. Utfordringen i en kvalitativ studie er å utvikle nye beskrivelser og begreper som gir bedre forståelse av innhold og mening for fenomenene (Malterud, 2011).

3.1.1 En hermeneutisk fenomenologisk tilnærming

Denne studien bygger på en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming, der målet er å beskrive, tolke og forstå informantenes data. Det representerer et tolkende og forstående paradigme, der fenomenologien ofte brukes som en teori, sammen med hermeneutikk som metode og tolkningsramme av datamaterialet (Olsson & Sørensen, 2003).

3.1.2 Fenomenologi som teoretisk utgangspunkt.

Vår bruk av begrepet fenomenologi bygger på arbeid til den tyske filosofen Edmund Husserl (1859–1938). Fenomenologien er her læren om det som viser seg kommer til syne slik det erfares for subjektet i dennes *livsverden* (Thornquist, 2003). Begrepet livsverden er en betegnelse på den kunnskapen som danner et nødvendig utgangspunkt for all forståelse, og som vi stort sett tar for gitt (ibid). Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker en forståelse av den dypere meningen i den enkeltes erfaring og opplevelse av verden. Hvis man vil vite noe om individets opplevelse, må du gå til individet selv. På den måten får man den beste forutsetningen til å kunne forstå den andres livsverden (Kvale, 2006; Malterud, 2003).

I følge Thornquist (2003) er livsverden den konkrete dagligdagse verden vi har umiddelbar fortrolighet til og erfaring med. Det dreier seg om en naiv og ureflektert erfaring av verden, som vi vanligvis ikke har en undersøkende, reflekterende eller analytisk holdning til (ibid.). Den er preget av vår personlighet, de erfaringer vi har gjort oss i livet, og den historiske periode og kultur vi lever i. Den vil dermed ikke være en statisk størrelse, men endres og utvikles gjennom livet (Bengtsson, 2006).

Habermas (1984) hevder imidlertid at livsverdenen i den vestlige kultur er oppsplittet i ulike undersystemer, der «systemverdenen», inkludert systemet av økonomi og regler, representerer en atskilt kategori. Systemverden er den verden som styres av markedet, økonomi og offentlig forvaltning. Den kjennetegnes ved strategisk og instrumentell tenkning som er rettet mot kontroll, profitt og egen nytte. Når systemverdenen med sine krav til effektivitet og kontroll griper inn i livsverdenen, hevder Habermas at det skjer en kolonisering. Systemverdenens idealer kan da ta over og invadere de mest sentrale verdiene som livsverdenen representerer.

3.1.3 Hermeneutikk som metode og fortolkningsramme

Hermeneutikken omhandler prosesser som er opptatt av fortolkning av tekst, og søker en helhetlig forståelse av menneskers livsverden. Målet er å oppnå forståelse og mening (Thagaard, 2009). Hermeneutikken er opptatt av at fenomener bare kan forstås i konteksten de forekommer i. Gjensidigheten mellom helhet og del er et vesentlig trekk ved den hermeneutiske metode. Minst like viktig er imidlertid gjensidighet som etablerer seg mellom

fortolker og den situasjonen som skal fortolkes (Johannessen et al, 2010), dvs. i denne masterstudien situasjonen mellom meg som masterstudent og deltakerne i fokusgruppeintervjuene. Den hermeneutiske prosessen, *den hermeneutiske spiral/ sirkel*, foregår mellom forsker og informant, og forsker og tekst. Slik forandres og utvides menneskets oppfatninger og forståelse av delene og helheten gjennom tolkningsprosessen (Kvale, 2006; Malterud, 2003). Man forsøker å forstå den mening mennesker legger i sine ord og handlinger gjennom at tolkning av teksten vekselvis pendler mellom helhet og deler for å øke forståelsen. Hermeneutikken tar høyde for forskerens forforståelse i møte med andres livsverden. Vår forforståelse og dens betydning er sentralt i forståelse av fenomenene (IBID). Gadamer (1997) var opptatt av å redegjøre for betingelsene for forståelse, nemlig *forforståelse, fordommer og forståelseshorison*t. Han var opptatt av hvilken rolle denne forforståelsen spiller i vår forståelse. Forforståelsen kommer fra det faktum at vi er preget av en tradisjon som vi ikke kan fri oss helt fra. Denne tradisjonen vil virke inn på hvordan vi tolker tekster, og den gir oss fordommer i forhold til det vi tolker. Vår forståelse er preget av forforståelser og for å være ”tilnærmet objektiv” må man først bevisstgjøre forforståelse og fordommer (Nåden & Braut, 1992). En ny sannhet integreres i forståelsen når man går veien om fordommen, og det er gjennom den veien at sannheten får en relevans som inntar personligheten – selv om resultatet er at fordommen må endres (Nerheim, 1995). Det leder oppmerksomheten til den *hermeneutiske spiral*, som er en dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet i forsøk på å forstå begge deler best mulig (Thornquist, 2003). Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirkes vår oppfatning av helheten. Vi får en ny helhetsforståelse, som vil kaste lys over delene som derfor kan forstås på en annen måte eller gi en enda dypere og mer reflektert forståelse. Denne prosessen påvirker helhetsforståelsen som foregår i en *horison*t, som består av mengden av de oppfatninger og holdninger vi har med oss, det være seg bevisst eller ubevisst, og som vi ikke har vår oppmerksomhet rettet mot (Føllesdal et al, 1990). Vi møter ikke verden upåvirket og våre ubevisste horisonter er av betydning for vår forståelse og tolkning. Hummelvoll og Barbosa da Silva (1996) skriver at man må lære seg å se utover det som er ”nærmest for hånden”. Ikke se bort fra det, men se bedre etter innenfor en kontekst og sammenheng eller en større helhet. I følge hermeneutikken skal forforståelsen konfronteres med datamaterialet, slik at den kan endres på grunnlag av det materialet kommuniserer om, når forforståelsen og det materialet uttrykker ikke samsvarer (Bengtson, 2006). Når de ulike horisontene smelte sammen kan forståelsesprosessen fullendes. I en slik sammensmelting kan møtet med andres

horisont utfordre egne fordommer og skape muligheter for endring og korreksjon av egne fordommer (ibid)

I denne studien bærer jeg med meg en forståelse som er preget av en forforståelse. De vil påvirke hvordan jeg ser på det fenomen jeg studerer. Som psykiatrisk sykepleier har jeg blant annet arbeidet individuell plan i mange år, både som deltaker i ansvarsgrupper og som koordinator. Min erfaringsbakgrunn i form av arbeidserfaring, livserfaring og teoretiske preferanser vil prege meg i møte med studiens tema og informanter. Det er en del av min forforståelse. I følge Malterud (2006) har forskerens perspektiv og posisjon stor betydning for den kunnskap som kommer fram, fordi en og samme virkelighet kan beskrives med ulike innfallsvinkler. Hummelvoll og Barbosa da Silva (1996) hevder imidlertid at forforståelse er nødvendig for å kunne utforske et emne på en fruktbar måte. Som forsker må en ha kunnskap om det fenomen en vil utforske, blant annet for å kunne stille adekvate spørsmål i et forskningsintervju. Samtidig er den hermeneutiske holdningen innstilt mot å la fordommer korrigeres. Som forsker kan man aldri helt fri seg fra sin forforståelse. Malterud (2011) påpeker imidlertid at forskeren må ha et reflektert forhold til egen innflytelse på materialet, slik at ikke egen forforståelse blir fasit for tolkningen. Jeg skrev derfor tidlig i prosessen ned elementer jeg mente var sentrale i min forforståelse, og som kunne påvirke forståelsen og tolkningen av datamaterialet. Underveis i datainnsamling, tolkningen av materialet og analyse forsøkte jeg bevisst å sette min egen forforståelse til side, ved å ha en mest mulig åpen holdning til den informasjonen som kom fram i studiens ulike faser.

Steinar Kvale (2006) legger vekt på selvransakelse før møtet med feltet man skal utforske nærmere, slik at man i størst mulig grad unngår at ubevisste prosesser påvirker kvaliteten på forskningen. I denne studien gikk jeg inn i et felt jeg selv hadde engasjement for, noe som har både fordeler og ulemper. Fordelene er interesse og motivasjon for å gå inn i feltet for å få en dypere forståelse av det. Ulempene er at jeg har en nærhet til feltet som kan påvirke både intervjuresultat og analyse. Bevisstgjøring og klargjøring av egen forforståelse er viktig i den hermeneutiske tolkningsprosessen. Gjennom å klargjøre denne, angir man utgangspunktet for tolkningen (Olsson & Sørensen, 2003).

3.2 Valg av informanter

For å få tilgang til empirisk datamateriale inviterte jeg tre grupper helsepersonell til deltakelse i fokusgruppeintervjuer fra ulike tjenester innen psykisk helseverntjenester. Invitasjonen og utvelgelse av informanter var strategisk, da jeg ønsket å inkludere helsepersonell som hadde tilfredsstillende erfaring over tid med bruk av individuell plan i samhandling med mennesker med alvorlige og langvarige psykoselidelser. Strategisk utvelgelse er at forsker først tenker gjennom hvilken målgruppe som må delta for å få samlet nødvendige data, mens det neste steget er å velge ut personer fra målgruppen som man ønsker skal delta i undersøkelsen (Johannessen et al, 2010). Jeg valgte å inviterte helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og privat helsetjeneste i hvert sitt fokusgruppeintervju for å få et mest mulig nyansert og fyldig datamateriale

For å skaffe informanter til masterstudien sendte jeg er skriftlig henvendelse til ledere ved institusjonene med en beskrivelse av undersøkelsen og gjennomføringen. Jeg sendte i tillegg med et skriv som kunne brukes til informasjon og forespørsel av informanter. De som takket ja til å delta, ble bedt om å skrive under en samtykkeerklæring som var med informasjonsskrivene.

3.3 Fokusgruppeintervju som metode i datainnsamling og dataskaping

I denne undersøkelsen har jeg valgt å benytte meg av fokusgruppeintervjuer som metode i datainnsamlingen eller dataskaping. Morgan (1997) og Krueger (1994) påpeker at fokusgruppeintervjuer kan benyttes for å framskaffe informasjon gjennom gruppeprosessen. Det til forskjell fra individuelle intervjuer. En gruppedynamisk interaksjonsprosess kan brukes bevisst i forhold til å skape data som vanskelig ville latt seg gjøre uten dynamikken i fokusgruppen.

Fokusgruppeintervjuer er spesielt egnet når man vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mennesker samhandler (Malterud, 2012). Tillgren og Wallin (1999) fremholder at fokusgrupper ikke handler om å beskrive generelle betraktninger, men heller stimulere til fyldigere beskrivelser av deltakernes oppfatninger og opplevelser.

En fokusgruppe består av 4- 12 deltakere pluss moderator og med- moderator. Moderator leder intervjuene. Intervjuene er en arrangert ”samtale” blant en gruppe mennesker om et emne som er valgt av forskeren, og det er et mål at deltakerne i gruppen samtaler og

reflekterer sammen i semifokuserte diskusjoner preget av åpenhet og trygghet (ibid). Fokusgruppene er et intervju som åpner for informantenes beskrivelser uten å være for lukket og ledende. Det utarbeides en semistrukturert intervjuguide med punkter og spørsmål som skal belyses. Intervjuet er imidlertid åpent for å belyse andre tema som informantene bringer fram underveis (Kvale & Brinkmann, 2009).

Samhandlingen mellom deltakerne under intervjuet kan begrenses ved at moderator styrer for mye. Samhandlingen kan også begrenses ved at noen av deltakerne er dominerende og moderator er tilbakeholden (Morgan, 1997). På bakgrunn av problemstillingen man ønsker å besvare i studien, bør man bevisst velge styringsstrategi. Jeg hadde på forhånd utarbeidet en semistrukturert intervjuguide jeg mente kunne være til hjelp for å svare på problemstillingen og studiens hensikt. Jeg valgte derfor en mild styring av intervju og innholdsdiskusjonen. Dialogen vil da i større grad skje mellom moderator og deltaker (Morgan, 2002).

3.3.1 Den praktiske gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene

Det er viktig at deltakerne er godt informert om formålet og opplegget i intervjuet, slik at deres forventninger samsvarer med det som skal foregå (Malterud, 2012). Jeg var selv moderator under intervjuene. Denne rollen vil jeg beskrive nærmere senere i teksten. Først vil jeg si litt om hvordan jeg informerte om metoden og hensikten.

Jeg startet fokusgruppeintervjuene med at alle presenterte seg. Etter det fortsatte jeg med en kort gjennomgang av hva et fokusgruppeintervju er og hensikten med min studie. Deltakerne hadde på forhånd, med den skriftlige invitasjonen, fått en kort informasjon om masterstudiens hensikt og fokusgruppeintervjue som metode.

Før vi startet selve intervjuet, introduserte jeg enkle ”grupperegler” med fokus på anonymitet og best mulig gjennomføring. Jeg opplyste om betydningen av den moralske taushetsplikten. At det som sies i gruppen blir i gruppen. Jeg informerte også om at taushetsbelagte opplysninger måtte anonymiseres før de ble delt i gruppen. Jeg hadde også i forkant av intervjuet snakket viktigheten av at folk får fullføre sine utsagn avslutte uten å bli avbrutt. I studien var informantenes egne erfaringer med individuell plan i fokus og det var derfor viktig å få tilgang til informantenes egne beskrivelser i intervjuene, og gjengi disse så presist som mulig. Jeg snakket med deltakerne om at det i fokusgruppen var viktig at deltakerne kom med egne erfaringer i forhold til tema og spørsmål de ble stilt. Fokusgruppe er ikke en konsensusgruppe (Malterud, 2012).

Jeg informerte om at det var ønskelig at intervjuene ble tatt opp på lydbånd, noe alle informantene godtok. Noen synes det var litt uvant å bli tapet, men gav fort uttrykk for at det var helt ok. Informantene hadde på forhånd fylt ut et skriftlig samtykkeskjema på at de takket ja til å delta i undersøkelsen.

Jeg var selv moderator under fokusgruppeintervjuene og skulle best mulig sørge for at deltakerne kom til ordet, i tillegg til å følge med på gruppedynamikkens påvirkning av kunnskapsutvekslingen. Moderator skal bidra til at samtalen får en mest mulig konkret og begrepsmessig avklarende forankring til tema som skal belyses (Malterud, 2012). Som med-moderator hadde jeg invitert med *erfaringskonsulent* som er tilknyttet arbeidsstedet jeg jobber. Erfaringskonsulenten representerer pasienter på individnivå og systemnivå, og har regelmessig kontakt og god kjennskap til brukerorganisasjoner i psykisk helsevern. Erfaringskonsulenten har reflektert brukerkunnskap og erfaringer i forhold til bruk av individuell plan. Jeg vurderte at erfaringskonsulenten kunne være med på å sikre at brukerperspektivet ble ivaretatt på en mer hensiktsfull måte under intervjuet.

Krueger og Casey lister opp kjennetegn for gode spørsmål i en intervjusetting. En ledig formulering tas fram som et viktig moment i spørsmålsstillingen. Spørsmålene må være forståelige, uten omfattende innledninger. I tillegg bør spørsmålene være mest mulig åpne, slik at de kan invitere til utfyllende beskrivelser fra informantene. Spørsmålene skal også være så korte som mulig.

I kvalitativ metode skjer det alltid en form for teksttolkning og forskeren kan i ulik grad være aktivt til stede i samhandling med informantene når teksten blir til (Malterud, 2012). Jeg forsøkte å være bevisst på egen rolle som moderator i fokusgruppeintervjuet og min egen påvirkning på gruppedynamikken. Jeg ønsket at deltakerne skulle få føle seg involvert som deltakere i en konstruktiv setting der alle kunne komme til ordet og få gitt fylldige beskrivelser av det de ønsket å fortelle av erfaringer. Samtidig prøvde jeg å holde tråden slik at intervjuet ikke sporet av fra temaet og problemstillingen. Det var også viktig å la deltakerne få samtale sammen for å spille på hverandre og øke muligheten for et enda fyldigere empirisk materiale gjennom en konstruktiv dialog. Jeg forsøkte også å ha fokus på kommunikasjonsmønsteret og dynamikken i gruppen i det formål at alle skulle få nok plass i gruppen og komme til dersom de hadde noe de ønsket å meddele

Jeg forsøkte også å være opptatt av å validere fokusgruppeintervjuet underveis. Enhver utveksling av kunnskap representerer muligheter for misforståelser (Malterud, 2011).

Valideringen jeg foretok bestod av å sjekke min egen oppfatning med spørsmål som kunne bekrefte eller avkrefte om jeg hadde forstått det informantene uttrykte. Et spørsmål for slik validering kan i følge Malterud være ” har jeg forstått deg rett når du sier at...?” (Malterud, 2011, s.183). *Dialogisk validering* kan i følge Kvale (2007) brukes for å styrke intersubjektiviteten mellom informant og forsker, og i neste omgang mellom forsker og leser. En del forskere sender ut utskriften fra intervjuet til deltaker for korrektiv eller godkjenning. Arbeider man med språklige detaljer kan det være viktig (Malterud, 2011). I andre prosjekter behøver ikke det være hensiktsmessig (Goldblatt et al, 2011).

Fokusgruppeintervjuene i denne studien bestod av 6- 7 deltakere, i tillegg til moderator og med- moderator. Hvert intervju varte i ca. 1,5 time, noe som ga et rikt datamateriale.

3.3.2 Semistrukturert intervjuguide

I forkant av fokusgruppeintervjuene hadde jeg utarbeidet en semistrukturert intervjuguide, som hjelp til å svare på problemstillingen (Se vedlegg 4). Et semistrukturert intervju er en halvstrukturert samtale der temaene styres av intervjueren (Kvale & Brinkmann, 2009). På forhånd lages en intervjuguide som er en plan for temaene det ønskes å spørres om(ibid). Intervjuguiden var utarbeidet sammen med erfaringskonsulent og med kyndig veiledning av min veileder i masterstudien.

Kvale & Brinkmann påpeker (2009) at en vesentlig del av et intervjuprosjekt bør finne sted før man setter på båndopptakeren. Man må utarbeide en intervjuguide som kan svare på problemstilling og hensikt med studien. I denne materstudien ble det utarbeidet en intervjuguide av beskrivende karakter. Intervjuer som er beskrivende søker å kartlegge sentrale aspekter av intervjupersoners livsverden (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.4. Transkripsjon av det empiriske datamaterialet

En kvalitativ analyse forutsetter at datamaterialet er sammenfattet til tekst på en håndterbar og tilgjengelig måte. Teksten er ikke virkeligheten selv, men bare en tekst (Malterud, 2011). Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv, og erfarte at den prosessen var tidkrevende, men også viktig for en grundig gjennomgang av datamaterialet. Under transkriberingen både skriver man og hører på informantene samtidig. Man biter seg merke i hvordan ting blir sagt i tillegg til det som sies. Man hører også andre informanternes respons på det som informant

sier. Med det kan man tolke hvordan stemningen er i forhold til det som verbaliseres. Det var spennende å høre tilbake på hvordan ting ble sagt og hvordan andre i gruppa responderte på dette. Hvordan interaksjoner mellom deltakere forgikk i gruppa. Jeg merket at det ga en mulighet for en dypere og grundigere tolkning av datamaterialet. Jeg følte også at det ga en dypere mening i det som ble kommunisert både på individnivå og gruppenivå. Malterud (2011) påpeker at det er mange gode grunner til at forsker bør transkribere datamaterialet selv. En av grunnene er at man som deltaker selv lettere husker momentene fra intervjuende og dermed enklere kan oppklare uklarheter som kan være av betydning for meningen i teksten. Det kan spille en stor rolle selv ved små redigeringer når den muntlige samtalen skal oversettes til tekst og styrker validiteten av analysematerialet. Men særlig er gevinsten av at forskeren selv utarbeider transkripsjonen, er at man får en tidlig tilgang til materialet som en slik gjennomgang gir (Malterud, 2011). I transkripsjonen gis det rom for ettertanker og slutninger, og den utgjør i virkeligheten en begynnelse på de spørsmålene vi stiller mer eksplisitt i analysefasen (Kvale & Brinkmann 2009). Transkripsjonen er ikke en passiv og teknisk handling, men inngår i analyseprosessen i ulik grad (Malterud, 2011). I samhandlingen mellom forsker og informanter konstrueres en avgrenset versjon av virkeligheten, og man må ikke forveksle teksten fra intervjuer med virkeligheten. Selv den mest nøyaktige transkripsjon kan ikke gi et fullverdig bilde av virkeligheten. Forsker må overveie hvilke transkripsjonsprosedyrer som ivaretar meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte (ibid).

Formålet med skriftliggjøring er å fange opp samtalen i en form som på en best mulig måte representerer det informantene hadde som hensikt å meddele. Det naturlige talespråket er som regel mer oppstykket og uformelt enn skriftspråket. Nonverbale sider av kommunikasjonen og informantenes felles erfaringsbakgrunn kan også representere en felles kunnskapskanal som i høyeste grad former meningen i samtalen, men som ikke kan gjenfinnes i intervjuopptaket (Malterud, 2011). I fokusgruppene i denne studien var kommunikasjonen i stor grad preget av verbale utsagn fra hver enkelt informant, men det var også episoder der informantene snakket med det jeg tolket ironisk undertone. Ironi er å tilkjennegi sin mening ved å uttale det stikk motsatte av hva man mener, men på en slik måte at ens sanne mening skinner igjennom (Store Norske Leksikon). Det må man ta hensyn til når man tolker meningsinnhold. Det var også episoder der informanter gjennom nonverbale uttrykk bekreftet eller avkreftet det jeg tolket som den egentlige meningen. Her kan man tilsynelatende stå overfor en motsetning mellom gyldighet og pålitelighet, der gyldigheten

kan svekkes hvis man sikter mot en mekanisk forståelse av pålitelighet (Malterud, 2011). Hvis man skriver akkurat det som ble sagt, får en nødvendigvis ikke en best mulig beskrivelse av det informanten mente. I fokusgruppeintervjuene var det deltakere med ulike dialekter og uttrykksmåter. Ordrett skriftliggjøring av muntligheter kan paradoksalt nok gi leseren et annet bilde av samtalen enn det samtalepartene hørte i situasjonen, særlig hvis en eller begge parter ha en dialekt eller en uttrykksmåte med språklig særpreg (ibid). Jeg valgte likevel i min vurdering å transkribere intervjuet ordrett, men samtidig lytte til båndopptaket under analysen der jeg var usikker på transkriberingen og tekstens innhold. I tillegg noterte med-moderator sentrale observasjoner i forhold til gruppedynamikk og kommunikasjonssituasjoner som var uklare eller tydet på diskrepans i hva som ble sagt og hva som var ment.

3.5 Analyse

De fleste analyser innebærer en form for dekontekstualisering og rekontekstualisering. Ved dekontekstualisering ser man på deler av datamaterialet. Ved rekontekstualisering settes delene inn i en ny sammenheng som samtidig er tro mot den sammenheng deler av datamaterialet ble hentet ut fra (Malterud, 2003). Analyse kan være teoristyrte eller datastyrte. Den teoristyrte analysen sorterer teksten i forhold til kategorier bestemt på forhånd hentet fra teorier, mens den datastyrte analysen tar utgangspunkt i teksten og identifiserer enheter som danner videre grunnlag for utvikling av kategorier (Malterud, 2006). I denne studien har jeg brukt en datastyrte analyse av datamaterialet. En analyse skal bygge en bro mellom rådata fra intervjuene og resultater ved at mangfoldet organiseres, fortolkes og sammenfattes (Malterud, 2011). Formålet med analyse av materialet er for det første å systematisere, ordne og komprimere datamaterialet, og for det andre å utvikle tolkninger av funnene. En særlig utfordring med analyse av kvalitative data er at analyse og tolkningsarbeid gjerne skjer samtidig. Det er heller ikke noe skarpt skille mellom datainnsamling, transkribering og analyse ved et kvalitativt forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2009).

I en kvalitativ masterstudie må man som masterstudent være mest mulig bevisst sin forforståelse, da den kan påvirke hva man observerer, hvordan observasjonene vektlegges og hvordan de tolkes. Forforståelsen vil også kunne påvirke bearbeidningen og analysen av datamaterialet (Olsson & Sörensen, 2003). Man skal analysere ut ifra en nøytral og reflektert posisjon og avklare betydningen av den teoretiske referanserammen i forhold til de empiriske funn som gjøres i intervjuene.

3.5.1 Analyse av data fra fokusgruppeintervju; analyseenhet og perspektiv.

Hva som er fornuftig analysestrategi avhenger av problemstillingen for studien og de analytiske ambisjoner. Her må det gjøres noen metodologiske og strategiske valg, avhengig av hva som er forskerens perspektiv. I en fokusgruppeanalyse kan man velge mellom ulike alternativer når det gjelder analyseperspektiv og analyseenhet. Et alternativ er å sammenfatte utsagn fra den enkelte deltaker og velge et individperspektiv på analysen. Et annet alternativ er å sammenfatte utsagn med hver gruppe som analyseenhet (Malterud, 2012). Den vanligste analysestrategien for data fra fokusgruppeintervjuer er i følge Malterud å bruke den typen erfaringer som problemstillingen omfatter som analyseenhet for en tematisk analyse (Malterud, 2012). Jeg har valgt å gjøre det på denne måten i min analyse, og sammenlignet erfaringer fra alle gruppene uten å nødvendigvis relatere det til hver enkelt gruppe. I denne studien var målet å få et mest mulig rikt empirisk datamateriale fra informantene som helhet. Malterud (2012) sier også at hun selv i hovedsak har rettet oppmerksomheten mot det tematiske innholdet fra intervjuene, og bare unntaksvis sett nærmere på konteksten omkring samtalene. Hun forteller videre at det ut ifra litteraturen er flere enn henne som gjør det på denne måten. Jeg har også valgt å fokusere på det tematiske innholdet fra fokusgruppeintervjuene uten å se nøye på konteksten i intervjusettingen, da det var en stor nok utfordring for meg som masterstudent. Jeg vurderte det som tilfredsstillende for å få et kvalitativt godt nok empirisk materiale for min studie, dvs. et materiale som kunne svare på problemstillingen og hensikten med studien. Jeg forsøkte likevel å ha en bevissthet i forhold til om intervjuene i de ulike gruppene forløp svært forskjellig i forhold til kontekstvurdering av analysen, uten nødvendigvis å tematisere respondentenes gruppetilhørighet på en systematisk måte.

3.5.2 Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse

Det finnes ingen bestemt analysemetode som passer best for data fra fokusgrupper. Det er flere alternativer å velge mellom, men for nybegynneren kan det være lettest å følge en prosedyre som er godt beskrevet i metodelitteraturen. En pragmatisk strategi er å velge en metode som veileder eller samarbeidspartnere kjenner godt fra tidligere (Malterud, 2012).

God analyse av datamaterialet er avgjørende for at fokusgruppeintervjuene kan ende i en vitenskapelig publikasjon. Selv om fokusgruppene var optimalt sammensatt og intervjuene ga både rikholdig og spennende materiale, kreves det også at de empiriske dataene

analyseres på en systematisk og refleksiv måte (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intersubjektivitet i analysen innebærer at analyseprosessen både skal gjennomføres og formidles (Malterud, 2012). Malterud (2012) mener man bør velge en analysemetode der man gjør leseren til en informert ledsager som får oversikt og innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet under. For troverdigheten av våre funn og konklusjoner er det avgjørende at vi kan vise frem det vi har gjort på en måte som gjør at leseren kan følge vår vei.

Jeg valgte, etter å ha konferert med min veileder, å benytte meg av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse som analysemetode. I følge Malterud (2011) er det en analyseprosedyre som brukes mye i Skandinavia. Innholdsanalyse kan gjøres ved hjelp av ulike abstraksjonsnivåer. Man kan analysere på det manifeste innholdet i datamaterialet, det vil si det som uttrykkes direkte i teksten. Et alternativ er å analysere det latente innholdet, noe som betyr at forskeren gjør en tolkning. Graneheim og Lundman (2003) mener videre at det uansett alltid er en slags tolkning, men at den kan være mer eller mindre dyp.

Selve analyseprosessen kan foregå på ulike måter. Graneheim og Lundman (2003) beskriver i sin metode hvordan man kan analysere tekstmateriale. Man begynner med å lese gjennom hele tekstmaterialet gjentatte ganger, slik at man får en følelse av helheten. Meninger eller fraser som inneholder informasjon som er relevant i forhold til problemstillingen plukkes ut. Omkringliggende tekst må tas med så man kan se meningene eller frasene i en sammenheng eller kontekst. Meningene eller frasene som er plukket ut, kalles meningsbærende enheter. Deretter kondenseres de meningsbærende enhetene for å korte ned teksten, men likevel beholde hele innholdet. Så kodes de kondenserte meningsenhetene og grupperes i kategorier som gjenspeiler kjernen og det sentrale budskapet i intervjuene. Disse kategoriene utgjør det manifeste innholdet i intervjuene. Til slutt kan man formulere tema, der det latente innholdet av innholdet framgår. Man bør også huske på at man sjelden går rett gjennom prosessen fra begynnelse til slutt, men at man heller går frem og tilbake mellom trinnene (Graneheim & Lundman, 2003). Slik jeg forstår det, er det i tråd med den hermeneutiske sirkel eller spiral i en hermeneutisk tolkningsprosess. Det innebærer at man stadig skifter fokus mellom tekstens deler og teksten i sin helhet, og på denne måten øker forståelsen. Under analysen av datamaterialet forsøkte jeg å bruke den hermeneutiske spiral for å få en dypere forståelse av

meningen av sitater fra informantene. Jeg så sitater og tekstdeler som enhet i tillegg til å se de i en sammenheng eller kontekst i forhold til hele intervjuet som helhet.

Å plukke ut meningsbærende enheter kan være vanskelig. Velger man for store enheter er det en risiko for at de inneholder mer enn en hendelse eller mening. Velger man for små enheter risikerer man at materialet fragmenteres. I begge tilfeller kan man gå glipp av sentral informasjon (Graneheim og Lundman, 2003). I følge Graneheim & Lundman (2003) er inndeling av kategorier et kritisk moment i analysen, og kanskje det mest kompliserte. Det blir ofte sagt at kategoriene skal være fullstendige og gjensidig utelukkende. Det innebærer at meningsbærende enheter skal høre til en relevant kategori, og at ingen meningsbærende enheter skal kunne passe inn i mer enn en kategori. Kategoriene kan gjøres tydeligere dersom man velger ut typiske meningsbærende enheter for å illustrere hver enkelt kategori. I prosessen med inndeling av kategorier oppdager man kanskje at det fins en hierarkisk relasjon mellom kategoriene. Da kan det være til hjelp å dele kategoriene opp i underkategorier (ibid). Det empiriske materialet fra de tre nevnte fokusgruppeintervjuene utgjorde datagrunnlaget for analyseprosessen i denne masterstudien.. Totalt utgjorde de tre fokusgruppeintervjuene 120 sider transkribert tekst i A4-format. I min analyseprosess valgte jeg å dele opp i kategorier og underkategorier. Jeg erfarte at det var en utfordring å velge ut enheter som var meningsbærende og som kun passe inn under en underkategori som kunne abstraheres og kondenseres videre inn i en kategori, og til slutt samles sammen med andre kategorier som kunne beskrive et eget temaområde.

Selve analyseprosessen var både kompleks og tidkrevende. Jeg så imidlertid at prioritet av grundig analysearbeid var sentralt for å validere data. Og ikke minst gi kvalitet i undersøkelsen. Min analyse startet allerede under fokusgruppeintervjuene i intervjusettingen og fortsatte i transkriberingen. Den ble ferdigstilt da analysen var gjennomført.

3.6 Ethiske overveielser

All forskning krever at man forholder seg til forskningsetiske prinsipper. Det gjelder også en masterstudie. Individuell akademisk frihet er et grunnleggende prinsipp i forskningen og en viktig betingelse for å sikre uavhengig og pålitelig forskning. Det er likevel fastsatt en rekke forskningsetiske prinsipper, både nasjonalt og internasjonalt. Det finnes tre nasjonale komiteer for forskningsetiske spørsmål innen alle fagområder. En av disse er *Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora* (NESH, 2006). Det er særlig

viktig med hensyn til hvordan forsker forholder seg til de personer og omgivelser som inngår i forskningen. Forskeren må forholde seg til det enkelte menneskets krav til å verne om livsrom og personlig integritet. Forskeren har et ansvar for å gi vern mot subjektiv opplevd og objektiv skade eller belastning som forskningen kan påføre den enkelte. Tillit, lojalitet og konfidensialitet er grunnleggende elementer i det ansvar man har som forsker. Det gjelder også meg som masterstudent.

Helsinkideklarasjonen (WMA, 2002) er anerkjent i forhold til etiske retningslinjer. Etiske regler handler om rettigheter du har som deltaker i en forskningsstudie. Det handler like mye om hvilket ansvar forsker, eller meg som masterstudent, har overfor informantene. For å ivareta dette stilles det krav til forskningen i forhold til å sikre informantene frihet og frivillig deltakelse. Det stilles også krav til beskyttelse mot skade og urimelig belastning, samt å trygge deres privatliv og nære relasjoner. Når det gjelder frivillig samtykke, er det forskerens ansvar i den enkelte situasjon å tenke gjennom hvor frivillig et samtykke egentlig er og hva som egentlig kan true graden av frivillighet. Det regnes som god forskningsskikk at den som spørres, ikke utsettes for unødvendig press. Man må som forsker være bevisst på at det kan ligge mye press innbarket i forskers rolle å spørre på, og i argumentasjonen for å delta. I denne undersøkelsen sendte jeg ut en formell forespørsel til arbeidsgiver og ansvarlig ledere i helsetjenestene jeg inviterte til fokusgruppeintervjuer. Denne forespørselen innholdt en kort informasjon om studien og hensikten med denne (Vedlegg 1). Det ble sendt med en egen forespørsel til helsepersonell om deltakelse i fokusgruppeintervju. Invitasjoner til slike intervjuer må tilkjenne hva det skal snakkes om, slik at deltakerne kan forberede seg mentalt og ikke opplever temaet som overraskende (Zeller, 1993). Jeg hadde på forhånd utarbeidet et eget informasjonsskriv som beskrev studien og studiens hensikt, samt informasjon om fokusgruppeintervju som metode. Den opplyste også om at intervjuet ville bli tatt opp elektronisk, transkribert og lagret etter forskningsetiske retningslinjer. Det ble informert om at resultatene fra undersøkelsen ville bli formidlet i en skriftlig masteroppgave. Se ytterligere informasjon i vedlegg (Vedlegg 2). Jeg la ved den skriftlige samtykkeerklæring til underskrift for de som ønsket å delta (Vedlegg 3). I samtykkeerklæringen ble det presisert at man som deltaker kunne trekke seg når som helst fra undersøkelsen.

Man må være bevisst på at det ligger en spesiell utfordring i samtykke når det gjelder kvalitative metoder (Malterud, 2012). En kvalitativ metode er fleksibel, dynamisk og prosessuell (ibid). Derfor kan spørsmålsstillinger, problemstillinger og perspektiver endres

gjennom intervjusettingen. Derfor må etiske avgjørelser tas gjennom hele forskningsprosessen. Malterud (2012) påpeker at man på forhånd må ha tenkt over problemer som kan oppstå. Krav om innformert samtykke og konfidensialitet er sentrale prinsipper. I en fokusgruppe er det særlig viktig, der flere deltakere deler erfaringer i en gruppe. Det må gis tydelige signaler på hvordan man vil ivareta personvern og anonymitet. Deltakere kan komme til å eksponere seg og sin historie eller erfaringer på en måte som kan tenkes å utgjøre en form for personlig risiko (ibid). Som masterstudent har jeg også et ansvar for etisk ivaretagelse av deltakerne i fokusgruppeintervjuene. Jeg snakket med informantene om håndtering av sensitive tema før intervjuet startet. Med sensitivt menes tema som kan tenkes å skape sterke følelser og meninger, eller som kan innebære en trussel eller risiko for dem som er involvert (Malterud, 2012). Dette til tross for at studien ikke tilsynelatende ikke omfattet sensitive tema.

Denne masterstudiens problemstilling, hensikt og design ble framlagt muntlig for NSD, og de mente det var ikke nødvendig å fremlegge studien for godkjenning i NSD. Jeg snakket også med Personvernombudet Ullevål Universitetssykehus i forkant av studien, for å undersøke om jeg måtte melde masterstudien til personvernombudet Ullevål. Jeg informerte om muntlig kontakt med NSD, der det ble bestemt at det ikke er nødvendig å sende søknad til NSD for gjennomføring av studien. Jeg gjennomgikk intervjuguiden og fikk som svar at det var innenfor retningslinjene uten meldekrav. Men det ble understreket at jeg må opplyse om at det er frivillig å delta i studien, og at man kan trekke seg når som helst. Jeg overlevert også det skriftlige informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen som skulle sendes ut til i forbindelse med forespørsel om deltakelse.

Det empiriske datamaterialet fra denne undersøkelsen ble transkribert. Ved transkripsjon vil det også oppstå etiske spørsmål. Intervjuene kan inneholde følsomme tema, selv om denne undersøkelsen ikke inneholdt personopplysninger. Transkripsjonen skal oppbevares trygt under forskningsprosessen og slettes når den ikke brukes lenger.

3.7 Metodediskusjon

I følge Malterud (2011) handler all kunnskapsutvikling om å finne fram til mer eller mindre relevante versjoner av virkeligheten som vi ønsker å vite mer om. Et viktig prinsipp når det gjelder formidling av forskning, er at leseren skal kunne stole på at resultatene som kommer fram fra studien er reelle. Malterud (2001) trekker frem relevans, validitet og refleksivitet

som betingelser for vitenskapelig kunnskap. Graneheim og Lundmann (2003) mener at pålitelighet, troverdighet og overførbarhet er sentrale aspekter når man skal vurdere kvaliteten på forskningen.

Validitet dreier seg om datamaterialet har gyldighet for problemstillingen som blir belyst og om funnene reflekterer formålet med studien. Validiteten er avhengig av om metodevalget er egnet til å samle inn relevant empirisk datamateriale og hvordan undersøkelsen er utformet. Validitet betyr treffsikkerhet. Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2011). Hva er funn gyldig om, og under hvilke betingelse? Kvale (2006) skriver om kommunikativ validitet hvor forskerens evne til å kommunisere sin forskning på en forståelig måte. Ikke bare i forhold til resultater og funn, men til presentasjon av forskningsprosessen. Jeg har gjennom oppgaven forsøkt å kommunisere egen forforståelse, egne refleksjoner og tolkninger og valg av metoder.

Det skilles mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet knyttes opp mot hvordan sammenhenger støttes innenfor en bestemt studie. Ekstern validitet handler om hvorvidt en forståelse innenfor en studie er gyldig i andre sammenhenger, dvs. om kunnskapen som framkommer kan overføres til andre arenaer enn de som er fokus for undersøkelsen (Thagaard, 2009). Jeg tenker at resultater fra denne studien også er overførbar til andre kommuner og samhandling mellom kommuner og sykehus i forbindelse med individuell plan prosesser. Det fordi det er felles lovverk som gjelder i hele landet og at det er lignende kulturer. I denne studien intervjuet jeg tre fokusgrupper fra ulike tjenestenivåer. Det gir et bredt og nyansert bilde i datamaterialet. Å intervju informanter fra tre ulike nivåer er en triangulering, som styrker validiteten.

”*Face validity*” er i hvilken grad en undersøkelse subjektivt sett dekker hensikten med det den skal måle. Det refererer til relevansen av en undersøkelse i forhold til det som skal undersøkes (Holden, 2010). Umiddelbar validitet eller innholdsvaliditet, *face validity*, innebærer om resultatet virker rimelig gyldig (Malt et al, 2012). I denne masterstudien har jeg presentert funnene for medstudenter i seminarer. Funnene er også presentert for kolleger. Jeg er deltaker i et samhandlingsprosjekt som foregår mellom sykehus, DPS og kommune. Der er resultatene fra studien presentert, og funnene har vært gjenkjennbare for deltakerne i dette prosjektet. Det styrker *face validity* i undersøkelsen.

Gjennom refleksivitet utvikler vi punkt for punkt egne motforestillinger som sørger for at vi ser våre beslutninger og tolkninger i forhold til alternative muligheter (Malterud, 2011).

Dette er en kontinuerlig valideringsholdning og valideringssjekk. Det er viktig å stille spørsmål om relevans til formuleringen av problemstillingen, utvalget, datainnsamling, teoretisk referanseramme, modellene vi bruker for å forstå fenomenet, analysestrategien og presentasjonen av resultatene (Malterud, 2011).

Pålitelighet handler om i hvilken grad man kan stole på at materialet som presenteres stemmer med det som ble formidlet (Aadland, 2011). Å være pålitelig gjelder både i intervjuprosessen, tolkningsprosessen og analyseprosessen av datamaterialet. I en hermeneutisk- fenomenologisk tolknings- og forståelsesramme må man være bevisst sin egen forforståelse og sette denne til side, slik at det informantene og datamaterialet egentlig kommuniserer ikke blir farget av forskers egne meninger og holdninger. Det må legges til rette for at man fanger opp det som egentlig blir sagt og uttrykt av informantene. Det kan alltid bli diskusjon i etterkant av et forskningsarbeid. Det vil spesielt dreie seg om måten datainnsamlingen har foregått og hvordan forskeren har gått fram i gjennomførelsen av analysen (Kvale, 2005). I denne studien har jeg hatt med erfaringskonsulent som representerer brukergruppen for å styrke påliteligheten i undersøkelsen. Det kan også styrke overføringsverdien til brukergrupper. Erfaringskonsulenten deltok også i utforming av intervjuguide og analyse av datamaterialet. Det styrket validiteten i studien.

Når det gjelder utvalget i denne undersøkelsen ble de valgt ut gjennom en strategisk utvalgsmetode. Det er beskrevet tidligere i metoddelen. Spørsmålet er om utvalget er representativt for å gi valid og gyldig informasjon i forhold til tema i undersøkelsen. I denne undersøkelsen så jeg det nødvendig å ta et pragmatisk valg, og vurderte at helsepersonell fra tre ulike tjenester kunne bidra med et fyldig datamateriale som kunne gi en økt forståelse av temaet jeg ønsket å belyse. Jeg ser at det hadde vært en styrke om jeg hadde invitert brukere som kunne kommet med egne erfaringer i forhold til verktøyet individuell plan. Det ville styrket brukerperspektivet i forhold til IP. Det ville også gitt ytterligere kunnskap i en slik masterstudie. Det hadde også vært en styrke og invitert deltakere fra NAV og fastleger. Da ville jeg ha fått et enda mer nyansert og fyldig empirisk datamateriale som kunne styrket studiens validitet. På grunn av undersøkelsens omfang og størrelse, valgte jeg bort det. Jeg hadde imidlertid med erfaringskonsulent både i utarbeidelse av intervjuguide og som med-moderator i fokusgruppeintervjuene. Erfaringskonsulenten var også med i analyse av datamaterialet. Jeg tenker at det er en styrke for å sikre både validitet, pålitelighet og reliabilitet.

Et fokusgruppeintervju kan være både komplisert og krevende. Det fikk jeg erfare. Den som intervjuer kan ha utilstrekkelig kompetanse og erfaring, som kan medføre at man mangler nøytralitet og tar opp irrelevante temaer eller mister kontrollen over intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg gikk inn i fokusgruppeintervjuene som moderator, uten erfaring med den metoden fra før. Det var en læreprosess for meg, men selvfølgelig kunne det virke uheldig inn på intervjuresultatet. Jeg hadde imidlertid drevet mange grupper tidligere og hadde erfaring med gruppeprosesser og gruppedynamikk fra veiledningsgrupper. Jeg tenker at det var en erfaring som kunne være positivt i forhold til å lede fokusgruppeintervjuer. Jeg var på forhånd klar over forskjellene mellom fokusgrupper og veiledningsgrupper, slik som at fokusgrupper har et tema som på forhånd er bestemt og skal belyses. I mitt tilfelle hadde jeg en problemstilling og en forhåndslaget halvstrukturert intervjuguide. Fokus på prosess, samspill og dynamikk er felles for disse gruppene (Stensaasen & Sletta, 1997). I oppsummeringen av hvert fokusgruppeintervju ga informantene uttrykk for at de kjente seg igjen i denne. Det styrker påliteligheten av datamaterialet.

Å bruke lydbandopptak egner seg når materialet består av samtaledata, men et opptak vil ikke fange inn nonverbal kommunikasjon. I følge (Kvale & Brinkmann, 2009) vil enhver transkripsjon medføre en rekke vurderinger og beslutninger. Det transkriberte materialet representerer bare deler av virkeligheten. Man må ikke forveksle utskriften fra intervjuene med virkeligheten. Da kan man miste mening med det som egentlig ble sagt. Det kan også føre til at man mistolker mening. Jeg transkriberte alle intervjuene selv, noe som gjorde at jeg kunne lytte både til det som ble sagt samtidig som jeg kunne sette det i en sammenheng. Det øker muligheten for å fange inn viktig informasjon i forhold til hvordan ting uttrykkes, nonverbal kommunikasjon og gruppeinteraksjon. Det kan være med på å styrke validiteten (Malterud, 2012).

Fokusgruppeintervju som metode har som alle andre datainnsamlingsmetoder begrensninger. Det kan være vanskeligere å ha kontroll over samtalen i en fokusgruppe enn i individuelle intervjuer (Krueger, 1994). Som moderator i en fokusgruppe må man være forberedt på at det kan bli en del utenomstakk i forhold til det egentlige temaet. Det kan også være vanskeligere å tolke hva som egentlig menes med det informantene meddeler i intervjuet. Årsaken til det kan være at deltakerne lett lar seg rive med av gruppa. Man kan oppleve at deltakere modifierer seg og til og med endrer standpunkter etter å ha tenkt seg om. Man kan derfor ikke ta enkeltutsagn ut ifra sin sammenheng. (Malterud, 2013). I denne masterstudien ble de tre fokusgruppeintervjuene gjennomført av samme moderator og intervjuer og

transkribering i etterkant ble gjort av samme av samme person. Det er momenter som vil kunne øke studiens reliabilitet (Wibeck, 2000).

En svakhet med fokusgrupper som metode for datainnsamling og dataskaping er at gruppedynamikken kan stenge for avvikende synspunkter og dermed hindre at sentrale erfaringer kommer fram. Jeg snakket med informantene i forkant av fokusgruppeintervjuet om at målet med en slik intervjuform ikke er konsensus om meninger. Det for å sikre en best mulig kvalitet av intervjuene.

Til syvende og sist er gyldigheten av kunnskapen vi utvikler, avhengig av at noen kan bruke den til noe som utgjør en signifikant forskjell (Malterud, 2011). Kvale (1996) kaller dette for pragmatisk kvalitet. Pragmatisk validering henger sammen med relevans, og beskriver hvorvidt og hvordan kunnskap ble brukt i etterkant av en studie. Vil den endre praksis? (Malterud, 2011). Funn fra denne undersøkelsen vil bli testet ut videre i regi av samhandlingsprosjektet jeg deltar i. Det for å undersøke om det kan være med å endre praksis. Om det viser seg at funn fra undersøkelsen har en positiv og konstruktiv innvirkning på videre samhandlingsprosesser om IP mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjensten, har undersøkelsen hatt en relevans.

4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER

I denne resultatpresentasjonen vil jeg beskrive resultatene fra masterstudien. Resultatene er delt inn i to hovedtemaer. Det ene temaet har overskriften: *En konstruktiv gruppeprosess er sentralt i samhandlingen*. Det andre temaet har overskriften: *Koordinatorrollen; Å være den ideelle edderkopp*. Under hvert tema vil det bli presentert kategorier og underkategorier som beskriver og utdyper temaene. Meningsbærende enheter i form av sitater fra informantene i fokusgruppene blir fortløpende presentert.

Tema 1	Kategori, tema 1	Underkategori, tema 1
<p>En konstruktiv gruppeprosess er sentralt i samhandlingen</p>	<p>En konstruktiv gruppeprosess baseres på en felles forståelse</p> <p>Motivasjon er sentralt for å drive en konstruktiv gruppeprosess</p> <p>Et godt samhandlingsklima fremmer prosessen</p> <p>Aktiv praksis er en forutsetning for dynamikken i gruppeprosessen</p> <p>En byråkratisk treghet er hemmende i prosessen</p>	<p>Respekten for enkeltmennesket der brukerfokus er sentralt</p> <p>Det kan være vanskelig å skape en felles forståelse</p> <p>Motivasjon hos planeier må være tilstede</p> <p>God informasjon Kan øke motivasjonen</p> <p>Motivasjon hos den enkelte hjelper må også være tilstede</p> <p>Et klima basert på likeverd</p> <p>Et klima der dialogen bygger på gode verdier</p> <p>Aktiv praksis er målrettet praksis</p> <p>Aktiv praksis krever kollektiv praksis</p> <p>Planen som ble liggende i en skuff</p> <p>Systemene må bli mer fleksible og tilgjengelige</p> <p>Deltakere i ansvarsgruppa må være tilgjengelige og fleksible</p>

Tema 2	Kategori, tema 2	Underkategori, tema 2
<p>Koordinatorrollen: Å være den ideelle edderkopp</p>	<p>Koordinators kunnskap er essensielt</p>	<p>Kunnskap om ledelse</p> <p>Som koordinator må du ha kunnskap om psykose</p> <p>Kunnskap om tjenesteapparatet</p>
	<p>Koordinatorrollen krever utstrakt motivasjon</p>	<p>Et oppriktig ønske om å være koordinator</p> <p>Samhandlingsevne handler om mer enn kunnskap</p>
	<p>Koordinators nødvendige samhandlingsevner</p>	<p>En koordinator er en kontinuitetsbærer</p> <p>Koordinatoren er en multitasker</p>
	<p>Koordinatoren må ha lederegenskaper</p>	<p>En god leder er en trygg person</p> <p>En god leder er samtidig en ydmyk person</p> <p>En god leder er et empatisk forbilde i gruppa</p>
	<p>Koordinatoren må ha relasjon til brukeren</p>	<p>Tillit og trygghet mellom koordinator og bruker</p>
	<p>Koordinatorrollen er krevende</p>	<p>En synlig rolle med tilstrekkelige ressurser</p> <p>Å være i en delt rolle</p>

4.1 Tema 1: En konstruktiv gruppeprosess er sentralt i samhandlingen

Ser man nærmere på begrepet eller adjektivet konstruktiv, dukker synonymer som løsningsfokuset, fremdriftsrettet og fruktbart opp i synonymordbøkene og leksika. Det finnes synonymer som kan ha en positiv ladet betydning og som gjenspeiler både håp og muligheter.

Begrepet prosess, defineres det med uttrykk som utvikling og forløp (Store Norske Leksikon). En gruppeprosess kan beskrive veien man ferdes sammen på som gruppe eller team, gjerne i en IP prosess med en vei der kart og terreng må overens for at prosessen skal være konstruktiv. På denne veien må deltakere utfordre terrenget sammen etter en felles forståelse av kartet. På veien bør det være klare delmål der målet til slutt er å oppnå et best mulig resultat. På veien bør alle ha følt på mestring og glede; en motivasjonsfaktor for videre teamsamarbeid.

Tema 2 i denne masteroppgaven tar nettopp for seg det med en konstruktiv gruppeprosess. Respondentene kom med mange meningsbærende uttalelser som ble kondensert og kategoriserte. Det endte til slutt opp med temaet; *En konstruktiv gruppeprosess er sentralt i samhandlingen*. Jeg vil nå gå gjennom kategorier og underkategorier knyttet til dette temaet for mer utdypende kommentarer og en dypere tolkning

4.1.1 En konstruktiv gruppeprosess baseres på et felles forståelse

IP kan minne oss på hva vi faktisk driver med... en hjelp til å holde oppe terapeutiske holdninger og verdier. Verdier og holdninger kommer ikke rekenes på ei fjøl!

Informantene fra fokusgruppene snakket mye om forståelse og verdigrunnlag som må være tilstede i en gruppeprosess i en individuell plan. De var opptatt av at en Individuell plan kunne være med på opprettholde og minne deltakere i ansvarsgruppa på det. Det var mye fokus på at individuell plan er brukers plan, og at planeiers ønsker og mål må være førsteprioritet. Det kom også fram at det er viktig å holde oppe en slik felles forståelse og minne hverandre på hva denne forståelsen bygger på.

I definisjon av begrepet forståelse brukes ord som å skjønne og oppfatte. Ordet forståelse brukes synonymt med å ”kunne sette seg inn i andres situasjon” (The Free Dictionary by Farlex).

Respekten for enkeltmennesket der brukerfokus er sentralt

Informantene var opptatt av av respekten for enkeltmennesket og brukerfokus i betydningen brukers ønsker og mål, og respektere disse. Respekt er en verdi som har en sterk posisjon innen humanistisk tradisjon og filosofi. Einar Aadland (1998) skriver at det største brudd på respekt er å overse enkeltmennesket. Han sier videre at verdier representerer mål, idealer og prioriteringer som treffer noe i fortolkningsverdenen som gir oss mening (Aadland, 2011). Respekten for enkeltmennesket der brukerfokus er sentralt, er å se hvert enkelt menneskes ressurser og mening. Det innebærer også å lytte til den enkeltes ønsker og målsettinger. Jeg valgte etter å ha analysert og tolket informantenes data at en underkategori med denne overskriften kunne romme sitatene under. Informantene fra alle fokusgruppene var særlig opptatt av brukemedvirkning som helt sentralt i en planprosess.

Individuell plan har fokus på pasientens mål og ønsker... Det er den enkelte bruker som eier planen, og det er viktig at bruker har opplevelsen av det.

Det må være 100 prosent brukervedvirkning.

IP kan oppleves som godt for bruker fordi det formidler en del av pasientens ønsker, behov og mål. Noe en ikke nødvendigvis klarer å formidle selv i enhver situasjon.

Pasienten må få mulighet til å si noe om egne tanker, ønsker, målsettinger og behov... vi har mange gode meninger og intensjoner på vegne av dem.

Brukermedvirkning skal sikre at helsepersonells kunnskaper brukes i en sammenheng der den utøves med respekt for individet, øker mestring og legger til rette langsiktige bedringsprosesser og god livskvalitet. Brukermedvirkning er sentralt for å skape individtilpassede tjenester. Brukerperspektivet består av ulike grader av brukerinvolvering; brukerorientering, brukervedvirkning og brukerstyring. I brukerorientering ligger det to betydninger. Den ene er at fagfolk setter seg ned og forsøker å forstå brukeren. Det krever at vi hører på hva bruker forteller, i tillegg til at vi anerkjenner brukers egenopplevde erfaringer og kunnskap. Den andre betydningen er at bruker får informasjon om tiltak, tjenester, ulike behandlingsalternativer (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Det kan være vanskelig å skape en felles forståelse

Informantene problematiserte det å skape en felles forståelse blant deltakere i ansvarsgruppemøtene. Det ble særlig problematisert i forhold til å skape en felles forståelse for mennesker med alvorlige og langvarige psykoselidelser. Det ble særlig nevnt at det kan være vanskelig å få til en felles forståelse dersom deltakere eller representanter fra tjenester ikke møter på ansvarsgruppemøtene. For å få en tilstrekkelig forståelse må folk møtes. Det ble problematisert at det kunne være vanskelig å få folk til å møte opp på disse møtene.

Det som er en utfordring er å få flere folk på lag og få alle aktørene til å dra i samme retning, og da med brukers mål i forhold til sitt eget liv..

Folk må møte opp i ansvarsgruppene for å få en forståelse for hva en pasient med alvorlig psykoselidelse sliter med.

Hvis folk ikke stiller opp på møtene, er det vanskelig å forstå hva bruker faktisk trenger av tiltak og tjenester...

4.1.2 Motivasjon er sentralt for å drive en konstruktiv gruppeprosess

Som nevnt i teorikapittelet defineres ofte motivasjon som biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd for å oppnå et mål. Det skilles gjerne mellom indre og ytre motivasjon (Kaufmann og Kaufmann, 2009). I følge informantenes utsagn var motivasjon sentralt for å drive en konstruktiv gruppeprosess. De snakket om viktigheten av at motivasjon må være tilstede både hos planeier og hjelper i en gruppeprosess.

Motivasjon hos planeier må være tilstede

Motivasjon hos planeier fremheves som helt sentralt for å drive en konstruktiv gruppeprosess. Det ble særlig uttalt fra informantene fra kommunehelsetjenesten, at de følte at det ble skrevet for mange planer til pasienter som egentlig ikke var motivert fra mens de var innlagt i Spesialisthelsetjenesten. Individuell plan kunne nesten sammenlignes med en ”populær diagnose” som alle skulle ha uansett. Informantene fra de andre

fokusgruppeintervjuene kjente seg også igjen i den problematikken, og det var ganske stor enighet om at motivasjon hos planeier må være tilstede. Sitatene nedenfor kan belyse dette:

Hvis pasienten hadde hatt lyst til å jobbe med IP så hadde det vært bra! Når pasienten vil ha IP så går det sin gang...

Hvis pasienten ikke ønsker en individuell plan, så er det ingen vits å skrive det.

Det er pasientens sin plan. Hvordan kan det bli pasienten sin plan hvis du er totalt umotivert og uinteressert i å ha en slik plan?

Du kan ikke få dyttet på deg å ha en individuell plan.

Du skal ikke bli påtvunget å få en individuell plan hvis du ikke vil ha det. Det er meningsløst..

God informasjon kan øke motivasjonen

Det kom fram fra mange av informantene at grundig og god informasjon er viktig i forhold til en IP-prosess. De var opptatt av at informasjon er god informasjon som blir forstått. De påpekte at man må sjekke om bruker har fått med seg informasjon som er gitt, i tillegg til om vedkommende husker informasjonen som er gitt. Pasienten må få tilstrekkelig informasjon som gjør at vedkommende kan ta et reelt valg i forhold til hva man velger eller velger bort. Det ble også snakket om at informasjon må gjentas. Informantene mente at god informasjon kan øke pasientens eller brukerens motivasjon for å motta tilbudet om en individuell plan. Følgende sitater kan illustrere dette:

Det må gis grundigere informasjon til brukere om planen. Og med informasjon så mener jeg god informasjon. Informasjon betyr god informasjon!

Informasjonen må tilpasses den enkelte og gjentas! Det har jeg erfart har økt motivasjon for å ha en plan.

For å velge om du vil ha en individuell plan må du ha tilstrekkelig informasjon om hva du velger eller velger bort!

Du må holde oppe IP som en mulighet... Det er noe med å holde oppe IP som en mulighet og gjenta informasjon på et seinere tidspunkt når pasienten er mer tilgjengelig...

Motivasjonen hos den enkelte hjelper må også være tilstede

Informantene ga også uttrykk for det jeg tolket som at motivasjonen hos den enkelte hjelper må være tilstede i en konstruktiv gruppeprosess. De snakket om at den enkelte hjelper må ønske å delta i et forpliktende samarbeid og at de er interesserte og motiverte for det. Sitatene under viser at det ikke er noen automatikk i at helsepersonell som er med i en ansvarsgruppe rundt en bruker er motiverte. Det var det flere av respondentene som snakket om i fokusgruppeintervjuet.

Jeg tenker at et positivt samarbeid rundt en persons sammensatte behov ikke handler om planen. Det handler vel så mye om den enkelte hjelpers ønske om å ha et forpliktende samarbeid. Som medlem i ansvarsgruppa må du gjøre jobben din, ta ansvar og være motivert.

Jeg har opplevd at saksbehandlere fra kommuner eller NAV nesten har kranglet seg imellom at de ikke har tid.

Det er ikke nødvendigvis noe galt med planen, men den er avhengig av at folkene som er med er motiverte og interesserte i å gjøre en god jobb.

4.1.3 Et godt samhandlingsklima fremmer prosessen

Et godt samhandlingsklima kan være vanskelig å definere da det språklig opprinnelig er en metafor hentet fra meteorologien, tilsvarende som det nokså synonyme begrepet samhandlingsatmosfære. I min tolkning og forståelse av informantenes meninger, valgte jeg likevel å bruke begrepet samhandlingsklima, som et innarbeidet begrep i vår kliniske kultur, som kategoribetegnelsen for de neste underkategoriene

Møter og samtaler er de mest brukte virkemidlene i samhandlingen mellom brukere og fagpersoner. Møtet må skje i en atmosfære av trygghet, forståelse og likeverd. Fagpersonen må legge vekt på å formidle håp og tro om at økt mestring er mulig, og det må tilrettelegges for at brukeren kan ta i bruk sine egne ressurser for å få et bedre liv. Helsepersonell som får gode resultater i behandlingen, beskrives ofte som varme, forståelsesfulle, erfarne og aktive. God kommunikasjon og dialog mellom pasient/bruker og fagperson er sentralt i et samhandlingsklima og fordrer at begge parter er åpne og lydhøre overfor hverandre (Haram, 2004). Da kan fagkompetanse og brukerkompetanse utfylle hverandre. Med

kategoribetegnelsen som omhandler et godt samhandlingsklima som fremmede faktor i prosessen mener jeg et klima preget av varme, respekt og ydmykhet. De neste underkategoriene med sitater kan illustrere dette.

Et klima basert på likeverd

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene var opptatt av viktigheten av likeverd i en samhandlingssituasjon. Det kan, slik jeg tolker det, representere både verdier og holdninger man har til andre mennesker man skal samhandle med. I følge respondentene krever det at man er ydmyk i forhold til andre mennesker man samhandler med i en samhandlingssituasjon. Respekt ble også påpekt som viktig. Respekt for andre samarbeidspartnere. Følgende sitater kan belyse dette:

I et godt samarbeidsklima gjør vi hverandre gode og i best mulig posisjon til å hjelpe den som trenger det... Det er viktig å ha et klima for likeverdighet der alle føler seg hørt og sett. Et klima der alle føler seg like mye verdt og nyttige!

Det må være et klima for samhandling og likeverd blant deltakerne i ansvarsgruppa.

Du må kunne stå i et samarbeid uten selv å måtte ha rett hver gang.

I et godt samarbeid er folk like mye verdt og like nyttige... alle sammen... det er viktig at vi på sykehuset ikke tror at vi vet best hva pasienten trenger. Det har med respekt å gjøre som likeverdige partnere.

Et klima der dialogen preges av gode verdier

Informantene snakket mye om det å ha en god dialog i ansvarsgruppa. Jeg tolket informantenes utsagn som at det å snakke sammen på en konstruktiv måte, er en forutsetning for å få til en konstruktiv samhandlingskultur. Informantene la vekt på at en slik dialog må preges av respekt og toleranse. Følgende sitater kan illustrere dette:

Det må være god dialog basert på respekt mellom de ulike samarbeidspersonene i planen!

Du må kunne snakke med andre uten å måtte ha rett hver gang...

Det er viktig at vi snakker sammen på en måte som viser at vi respekterer alle i gruppa... det er lov å være enig eller uenig... det må være litt høy takhøyde!

En dialog er å utveksle erfaringer... å ikke minst å høre på hva pasienten sier... god kommunikasjon er dialog. Det har jeg erfart er lurt for å få til samarbeid.

I følge filosofen Martin Buber (1878-1965) er livet en form for stadig nye møter, og dialogen er møteplassen. En god dialog går dypere enn en vanlig samtale. Når vi lytter til hverandre og svarer hverandre oppriktig, skapes bånd mellom partene. På denne måten viser vi empati med et annet menneske og blir til gjengjeld selv møtt med empati. Det kan bidra til økt forståelse både for oss selv og andre (Buber 1923/1970).

4.1.4 Aktiv praksis er en forutsetning for dynamikken i gruppeprosessen

I denne kategorien vil jeg definere begrepet dynamikk for å forklare hvorfor jeg har valgt å bruke denne kategoribetegnelsen. Dynamikk beskriver noe som har karakter av bevegelse (The Free Dictionary by Farlex). Synonymer til begrepet dynamisk kan være aktiv, handlene, skapende og virksom (Norsk synonymordbok). Ut ifra min tolkning av datamaterialet valgte jeg å bruke denne kategoribetegnelsen for å beskrive informantenes data. Jeg valgte å bruke tre underkategorier for å utdype kategorien.

Aktiv praksis er målrettet praksis

Å være målrettet beskrives som å være fokusert mot et mål og være målbevisst (The Free Dictionary by Farlex). Informantene var opptatt av at aktiv praksis er en målrettet bruk av individuell plan som verktøy i samhandlingen. De nevnte ulike områder hvor aktiv og målrettet praksis er viktig. De beskrev bruk av planen i kartleggingsprosessen av hver enkelt bruker. Det å bruke planen aktivt og målrettet for å kartlegge og bevisstgjøre ressurser hos hver enkelt. En slik praksis kan også, i følge informantene, være med på å bevisstgjøre endringer og være til hjelp i forhold til å bygge selvtillit hos pasientene. Det kan igjen skape en dynamikk og bevegelse. Sitatene som kommer nå kan belyse dette:

Planen må brukes aktivt i behandlingen og rehabiliteringen... det må settes opp mål og delmål sammen med pasienten!

Planen må brukes aktivt i samtaler med pasienten, på en måte der pasienten selv blir oppmerksom på prosessen og bevisstgjort på endringer. jeg tror det får folk i bevegelse!

Kartleggingsbiten i planen er veldig god. Den bruker vi aktivt hos unge mennesker i behandlingen. Både for å bevisstgjøre ressurser og bygge selvtillit hos pasientene... og som motivasjonsverktøy.

Jeg var på et møte en gang der planen ble brukt aktivt. Vi gikk gjennom tiltak, mål og endringer. Og det var kjempebra! Da fikk du virkelig sett hva som hadde skjedd og hva som var planen videre. .

Aktiv praksis krever kollektiv praksis

Kollektiv kommer fra det latinske ordet *colligere*, som betyr å samle på norsk (Wikipedia). Ser man på betydningen av adjektivet kollektiv dukker begreper som allmenn, enhetlig, felles, gjensidig, samkjørt og samlet opp som synonymer (Norsk Synonymordbok).

Aktiv praksis er avhengig av en kollektiv praksis. Informantene snakket mye om den praktiske bruken av planen, både i forhold til møtehyppighet og jevnlig møter. De snakket også om det å skrive referater etter hvert møte for å skape oversikt og muligheter for forberedelser til neste møte. Innkallinger i tilstrekkelig tid ble også nevnt. Felles mal for individuell plan uavhengig av tjenestested var hyppig diskutert og framstod som både et ønske og et sentralt poeng for videreutvikling av individuell plan som verktøy. Det var også et sterkt ønske om felles dataløsninger for å forenkle planarbeidet og bedre samhandlingsprosessen. Følgende sitater kan illustrere dette:

Møtehyppighet må tilpasses hver enkelt bruker, men ikke være for sjelden... Det bør være møter hver måned eller annenhver måned

Det bør skrives referat fra hvert møte slik at alle kan få en oversikt og mulighet til å forberede seg til neste møte.

Innkallinger til folk i ansvarsgruppa må sendes i tilstrekkelig tid

Det bør være en felles mal for individuell plan uavhengig av hvor du befinner deg i tjenestenettverket.

Felles dataløsninger hadde vært en fordel.

Planen som ble liggende i en skuff

Jeg har litt dårlig erfaring med hvordan planen ble brukt etter utskrivelse. Det glipper ofte i overganger mellom de ulike nivåene.

Før hadde vi faste ettervernsmøter. Da hadde vi mer oversikt og kontroll på planen etter utskrivelse

Selv om pasienten har en plan, er det ofte at det ikke blir brukt som den skal. Det varierer veldig. Noen ganger har jeg hørt... Å?...Har pasienten en IP? den har vi ikke brukt...

Informantene beskrev en variert bruk av individuell plan som verktøy. De beskrev ulike årsaker til det. Jeg tolket likevel deres data i den mening at det er et problem at planen mange ganger ikke blir brukt aktivt. Når pasienter for eksempel skrives ut fra sykehus og ut til kommunehelsetjenesten, virket det som en sårbar overgang, der planbruk kunne glippe. . Selv om jeg har analysert datamaterialet som en felles enhet, var det tydelig at informantene fra spesialisthelsetjenesten så det som et betydelig problem. De følte i mange tilfeller at planen og planarbeidet ikke ble fulgt opp etter utskrivelse.

4.1.5 En byråkratisk treghet er hemmende i prosessen

Byråkrati er en hierarkisk organisering av beslutningstaking der enkeltsaker behandles av saksbehandlere med nøye avgrenset beslutningsmyndighet etter et felles sett regler, og der ansatte er ansvarlige overfor ledelsen for at beslutningene er i henhold til regelverket.

Hensikten med byråkrati er å sikre likebehandling av like saker og stor grad av detaljkontroll fra ledelsen (Wikipedia). Informantene fra fokusgruppeintervjuene ga uttrykk for at både systemer og mennesker kunne oppleves som lite fleksible og tilgjengelige i en individuell plan prosess. De snakket særlig om NAV som system, og at det opplevdes som både

utilgjengelig og lite fleksibelt. De uttrykte også at tjenestesystemer generelt har blitt mer byråkratiske i samarbeidssituasjoner. Jeg valgte å dele informantenes erfaringer i to underkategorier for å beskrive denne kategorien.

Systemene må bli mer fleksible og tilgjengelige

Synonymer til begrepet tilgjengelig er å være ledig; være mulig å treffe (The Free Dictionary by Farlex). Tilgjengelig sammenlignes også med noe som lett kan justeres etter behov, være tøyelig og fleksibel (The Free Dicitonary by Farlex). Når man søker på begrepet fleksibel, dukker synonymer som formbar, smidig og føyelig opp i ordboka (Norsk synonymordbok). Jeg valgte å bruke både fleksibel og tilgjengelig som benevnelse på denne underkategorien. Ut ifra synonymene til begrepene synes jeg de utfyller hverandre, og jeg mente at det var en relevant betegnelse sitatene under beskriver:

For at IP skal fungere bedre må det ha skjedd noe med den økonomiske forvaltningen og at det ikke er så forjorandes byråkratisk på alt som skal settes i verk. ..Før så ringte vi og fikk oppnevnt en koordinator. Nå er det blitt fryktelig tungrodd! Nå må vi sende søknader til tildelingskontor eller andre koordinerende enheter.

Det er vanskelig å komme igjennom i NAV systemet. Det skal gå gjennom så mange ledd og ulike saksbehandlere...

Det var enklere før... da tok vi en telefon, uten at det måtte søkes i alle former og varianter...

Det må bli enklere å komme igjennom i de ulike systemene. Nå får du et sentralnummer når du ringer NAV og du møter en helt vilt fremmed person når du ringer. Det er tungrodd!

NAV systemet blir tatt fram som ekstra vanskelig å nå gjennom av flere informanter. Det kom også fram at systemer innenfor andre ulike helse- og omsorgstjenester er mindre fleksible enn det man kunne ønske seg for å få til en mest mulig konstruktiv samhandling. De fleste informantene uttrykte at ulike systemer innen tjenesteapparatet må bli mer fleksible i samhandling.

Deltakere i ansvarsgruppa må være tilgjengelige og fleksible

Det ble også fokusert på at deltakere i ansvarsgruppa må være tilgjengelige og fleksible i en konstruktiv gruppeprosess. Det å få tak i hverandre på en enkel måte på kryss og tvers av tjenester framstod som helt sentralt. Informantene var opptatt av at fleksibilitet er viktig både i møtet med hver enkelt bruker og i gruppeprosessen. Det ble også snakket mye om viktigheten av at fastlegene er tilgjengelige. At de er enkle å få tak i og kan bistå om det er behov.

Det er viktig for samhandlingen at du er tilgjengelig.

Det må skje noe i forhold til å få tak i hverandre ... på kryss og tvers av tjenester

Det må bli lettere å få tak i fastlegene. De er viktige for denne pasientgruppa!

Jeg fikk mobilnummeret til en fastlege og kunne ringe direkte til han. Det forenklet mye.

Det er viktig at du er fleksibel i forhold til hvordan man møter hver enkelt bruker...

du må kunne prioritere om hvis det trengs...det er å være fleksibel...det er viktig for denne gruppa

4.2 Tema 2: Koordinatorrollen; å være den ideelle edderkopp.

Jeg har en bruker som ofte er psykotisk. Hun er ikke så opptatt av om hun har en individuell plan, men hun er opptatt av å ha en koordinator!

Det er alfa omega med en god koordinator.

Jeg synes koordinatoren er viktigst!

Koordinatorrolla er mye viktigere enn selve planen!

Dette var utsagn som gikk igjen ved flere anledninger fra mange respondenter i fokusgruppeintervjuene. De var opptatt av hvor sentral koordinatoren er for denne brukergruppen, og snakket mye om koordinatorrollen spesielt. Tema 1. i denne studien handler nettopp om koordinatorrollen; *Koordinatorrollen: å være den ideelle edderkopp.*

Hvis vi ser nærmere på definisjon av begrepet ideell, dukker synonymer som perfekt, fullkommen, altruistisk, uselvisk og selvoppfordrende opp i ordbøkene (Norsk Synonymordbok; The Free Dictionary by Farlex). Dette er begreper som kan være vanskelig å tilfredsstille, begreper som kan oppleves som en ønsketenkning. Det kan likevel være noe å strekke seg etter for å bli en best mulig koordinator. Informantene beskrev likevel mye av det i fokusgruppeintervjuene. At en koordinator har mange av disse egenskapene. Når edderkopp blir brukt som en metafor og sammenligning er det fordi edderkopp er en luring som spinner nett, det vil si to nett. Et klebrig nett til å fange byttedyr og et nett til seg selv som ikke er klissete. Det for å unngå å bli fanget selv. Edderkopp er en mester i å spinne nett i alle størrelser og fasonger. Han spinner de tynneste silkestråder sammen til en sterk og holdbar tråd. Ser man på noen av formålene med individuell plan, er samhandling koordinering og helhet viktige målsettinger. Det å skape et sikkerhetsnett rundt bruker og sammen med bruker og ansvarsgruppa. Et nett hvor bruker både kan utfordre seg selv, samtidig som det er et nett og et nettverk som kan fange opp eventuelle utfordringer. En koordinator er en som holder tråden og fanger inn tjenester som trengs. En som holder tak i trådene, fanger inn nye tråder i form av tjenester og vever de sammen til en rød tråd. Metaforer kan ha uheldige sider (konnotasjoner), og når jeg sammenligner koordinatoren og edderkopp, er det viktig å poengtere at en koordinator ikke fanger inn personell som byttedyr inn i en avmaktsposisjon. En koordinator fanger inn medspillere som skal spille på samme lag, utfordre hverandre og gjøre hverandre gode for et best mulig resultat. Nettet edderkopp spinner til seg selv, og som ikke fanger, kan brukes som en metafor på et sikkerhetsnett som koordinator kan benytte seg av for å holde fokus og holde tak i den røde tråden i koordinatorrollen.

I de neste kategoriene beskrives koordinatorrollen mer spesifikt. Videre i denne resultatpresentasjonen vil jeg beskrive kategorier og underkategorier som kan belyse dette temaet.

4.2.1 Koordinators kunnskap er essensielt:

Kunnskap kan sammenlignes med kjennskap, viten og ekspertise (The Free Dictionary by Farlex). Innen filosofien har spørsmålet om hva kunnskap er lenge vært sentralt, like fullt gis det i dag ingen tilfredsstillende svar på det. Innen kunnskapsformidling mener man at

kunnskap er kontrollerte og verifiserte opplysninger og viten (Store Norske leksikon). Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientkunnskap (Helsebiblioteket.no). Respondentene mente at man i rollen som koordinator måtte ha ett sett av kunnskap for kunne utføre oppgaven eller ansvaret på best mulig måte. Ut ifra det empiriske datamaterialet informantene delte i fokusgruppeintervjuene, tolket og forstod jeg at det er tre typer kunnskap som er essensielt som koordinator i koordinatorrollen. Det utdypes videre i de neste tre underkategoriene.

Kunnskap om ledelse

Kunnskap om ledelse ble presisert som viktig hos koordinator og i en koordinatorrolle. Haukedal (2005) beskriver ledelse som å utføre funksjoner for effektivt å hente inn, fordele, og utnytte menneskelige ytelse og materielle ressurser. Det for å nå målsettinger. Det å lede møter og lede ei gruppe med mennesker ble uttrykt som sentralt for å være koordinator i ei ansvarsgruppe bestående av mennesker med ulike egenskaper og ressurser, med ulike profesjoner og fra ulike tjenester og etater. Sitatene under kan illustrere dette:

Møteledelse bør inngå i opplæringspakka! Du bør lære hvordan man leder ei gruppe med ulike mennesker. Det å delegere og fordele ansvar.

Som koordinator må du kunne møteledelse og ansvarsfordeling. Det er ikke noe du nødvendigvis lærer på skolen...

Du må nødvendigvis kunne noe om det å lede ei gruppe med ulike folk... det er en kunnskap det å.

Som koordinator må du ha kunnskap om psykose

Kunnskap om psykose ble også tatt opp som en sentral kunnskap for å være koordinator. Det å kjenne til symptomer på psykose og schizofreni kan øke forståelsen for den enkelte brukers funksjon og behov, men det ble også påpekt at mennesker og brukere er individer med forskjellig historie og ulike behov, til tross for at de har en diagnose. Min tolkning av

informantenes utsagn og mening, er at kunnskap om psykose kan gi en mer fullverdig forståelse av situasjonen til hver enkelt bruker. Følgende sitater kan belyse dette:

Du må ha kunnskap om bruker som menneske i tillegg til kunnskap om symptomene til den enkelte. En del av disse brukerne kan være ekstra på vakt og paranoide. Det kan være utfordrende.

Du bør ha kunnskap om symptomer på psykose og schizofreni når du skal lede ei ansvarsgruppe... det kan gi deg en bedre forståelse av totalpakka...

Du må vite noe om det å ha en psykoselidelse eller en schizofreni. Hvordan det påvirker deg... sjøl om pasienter er forskjellige sjølsagt...

Kunnskap om tjenesteapparatet

I en individuell plan er koordinering av ulike tjenesteapparater også et formål. Antall tjenester vil variere fra noen få til relativt mange. Tjenestetilbudene kan være en del av et kommunalt tilbud, et fylkeskommunalt tilbud eller et statlig tilbud. Det kan også være tilbud som går på tvers av kommunale grenser, såkalte interkommunale tilbud. Tilbudene kan være helserelevante, arbeidsrettede, utdanningsrelaterte, økonomisk eller boligrettede. Det kan også være tilbud eller tiltak som er viktige for planeier på andre livsområder, slik som fysisk aktivitet eller andre aktivitetstilbud.. Koordinering og koordineringsansvar kan være både utfordrende og krevende, og flere av informantene mente at systemkunnskap er viktig som koordinator. Følgende sitater kan belyse dette:

Det med systemkunnskap er kjempeviktig!

Det er viktig at koordinator kjenner kommunen og vet hvilke knapper man skal trykke på

Det hadde vært mer effektivt og målrettet om det var noen som kunne det. Og som vet hva som skal gjøres og hvilke knapper du skal trykke på i kommunen. Og som kjenner kommunen.

Du må vite hva som fins av tilbud i den kommunen pasienten skal bo...

Slik jeg tolker og forstår dette, er det å ha kjennskap om de ulike tjenestenivåene, tjenesteapparatene og tjenestetilbudene, i tillegg til å skaffe seg en oversikt over hva som fins av muligheter, viktig i en koordinatorrolle. Hvis man ser på kommuner rundt omkring i

landet, er de bygd opp forskjellig fra sted til sted. Det er også ulikt hvem som sitter med hovedansvaret og myndighet til å dele ut tjenester i de ulike etatene. Spesialisthelsetjenesten kan også være komplisert i forhold til å få en oversikt over hvem man skal henvende seg til eller henvises til ved behov for helsehjelp.

4.2.2 Koordinatorrollen krever utstrakt motivasjon

I følge Kaufmann & Kaufmann (2009) defineres som nevnt motivasjon ofte som biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd for å oppnå et mål. Motivasjon kan variere i intensitet og det skilles ofte mellom indre og ytre motivasjon. Hvis en person gjør en aktivitet på grunn av interesse for selve aktiviteten, og denne aktiviteten er belønning nok i seg selv er det snakk om indre motivasjon. Ytre motivasjon er når personen gjør noe fordi han ønsker å oppnå en belønning eller et mål utenfor selve aktiviteten (Deci & Ryan, 2000).

Informantene var opptatt av koordinators motivasjon som en sentral drivkraft for å utføre oppgavene i en koordinatorrolle. Motivasjon kunne oppleves og tolkes som helt elementært i en slik rolle. Følgende underkategori og sitater kan beskrive dette.

Et oppriktig ønske om å være koordinator

Informantene var opptatt av om koordinator virkelig ønsker å ha en slik rolle. De hadde opplevd ved flere anledninger at helsepersonell ble pålagt å ta koordinatoransvaret, uten å egentlig ønske det. De snakket også mye om at ønsket om å være koordinator måtte være oppriktig og ekte. At koordinator virkelig var motivert for rollen og oppgavene som følger med. En slik motivasjon skaper engasjement som igjen kan bedre prosessen. Følgende sitater kan illustrere dette.

Det er et dilemma hvis du blir dyttet på å være koordinator. Det hemmer engasjement og prosessen blir halvhjertet

Du må være motivert. Det skaper engasjement.

Jeg har opplevd en del diskusjoner om akkurat det med koordinatorrollen. At folk ikke vil ta på seg rollen... Nei, jeg kan ikke ha flere!

Du må virkelig ville det! være koordinator altså... det er ikke et ansvar du må få tredd nedover hodet...

Slik jeg tolker det, beskrives det her en form for indre motivasjon hos koordinator. Den må være tilstede for at det skal bli en god prosess. At koordinatoren gjennomfører oppgaver på grunn av interesse for disse, og at gjennomføring av aktiviteten er belønning nok i seg selv.

4.2.3 Koordinators nødvendige samhandlingsevner:

Evner defineres ofte som en iboende mulighet til å gjøre noe, en egenskap eller en kapasitet eller anlegg for å utføre oppgaver (The Free Dictionary by Farlex). Jeg valgte å samle informantenes utsagn inn i denne kategoribetegnelsen. Jeg tolket deres data som betegnende i forhold til det med egenskaper og en form for iboende kapasitet. Noe som er der av natur, mer enn det dreier seg om kunnskap.

Samhandlingsevne handler om mer enn kunnskap

Informantene var opptatt av at samhandlingsevner handler om mer enn kunnskap. Det er ikke nødvendigvis noe du kan lære gjennom forskningsbasert kunnskap eller erfaring med å jobbe som koordinator. Slik jeg tolket det var samhandlingsevne mer enn noe som er tillært gjennom kunnskap og erfaring. Informantene snakket om det jeg forstod som mer medfødte egenskaper og personlighet. Noe man som person er født med og som er vanskelig å lære. En form for talent. Følgende sitater kan illustrere dette.

Å være koordinator handler om personlige egenskaper. Det å være god på samhandling er vanskelig å lære

Jeg tror det må være medfødt. At du evner å se pasienten og hjelpe rundt

Noen er skapt for å være i den rolla... du må være litt sosial av natur tror jeg. Du må like å snakke med folk.

En koordinator er en kontinuitetsbærer

Ser man nærmere på begrepet kontinuitet, dukker synonymene uavbrutt og vedvarende opp i ordbøkene (Store Norske Leksikon; The Free Dictionary by Farlex). Kontinuitet er noe som ikke stopper opp eller avsluttes. Kontinuiteten er ikke tidsavgrenset og den krever dynamikk og aktivitet for å opprettholdes. En bærer av kontinuitet er en som holder noe oppe og sørger for at det ikke brister. Informantene beskriver koordinatoren som en person som opprettholder en aktivitet både med hjelpeapparatet og med bruker, og som holder oppe en kontinuitet i samhandling generelt. Jeg tolket at informantene mente at koordinatoren var en kontinuitetsbærer. Følgende sitater kan illustrere dette:

Du må ha lav terskel for å ta telefoner og holde kontakt med hjelpeapparatet

Som koordinator må du ha evnen til å samarbeide og opprettholde samarbeid. Du må klare å stå i relasjonen over lang tid og holde tråden med hjelpeapparatet...

En koordinator må ha evnen til å stå i det sammen med bruker... og holde tråden selv om det er folk som slutter rundt bruker...

Du må gjøre en jobb for å holde på samarbeidet i ansvarsgruppa. Det gjør seg ikke sjøl på en måte...

En koordinator må ha evne til å stå i samhandling, selv om personell slutter i ansvarsgruppa. En koordinator må være forberedt på at personell slutter i jobben sin og dermed forlater ansvarsgruppa. Det kan være ulike årsaker til det, men likeså viktig er det at koordinator klarer å opprettholde kontinuiteten i samhandlingen i gruppa.

Koordinatoren er en multitasker

Multitasking er et begrep som brukes når det tilsynelatende er mer enn en handling som utføres på en gang. Begrepet kommer fra dataverdenen og operativsystemer. Med flere prosesser og tråder i minnet samtidig kan man oppnå økt effekt. (Wikipedia). Respondentene i fokusgruppene var opptatt av at koordinator må være en person som har evne til å ha flere tanker i hodet samtidig og samtidig ha oversikt. Jeg valgte å kalle denne underkategorien for; *koordinatoren er en multitasker*. Jeg syntes denne betegnelsen var illustrerende for det jeg tolket ut ifra informantenes utsagn.

Du må ha evne til å se de forskjellige trådene, greie å holde dem og tvinne dem til en rød tråd.

Du må klare å ha flere tanker i hodet samtidig, samle disse for brukeren i samarbeid med brukeren

Som koordinator må du holde oppe flere tanker og alternativ samtidig... det kan være en kunst noen ganger... det er mye å ta hensyn til

Du må klare å tenke flere ting samtidig liksom... å klare å planlegge flere ting samtidig...

Går vi tilbake til sammenligningen av koordinatoren med edderkoppen, er det å ha oversikt over og utføre flere aktiviteter eller veve sammen flere tråder samtidig et poeng.

Edderkoppen eller koordinatoren må klare å ha oversikt over disse trådene eller oppgavene på en gang for å samkjøre og veve de sammen til et bærekraftig og funksjonelt nett. Et nett som kan bidra til oversikt hos brukeren eller planeieren. Ett nett som framstår som en rød og solid tråd.

4.2.4 Koordinator må ha lederegenskaper

Informantene var opptatt av at en koordinator må ha det jeg tolket som gode lederegenskaper. En egenskap defineres som kvaliteter, evner og trekk (The Free Dictionary by Farlex). Egenskaper er noe mer enn kunnskap. Informantenes utsagn dannet grunnlag for tre underkategorier for å utdype denne kategorien.

En god leder er trygg som person

Å være trygg som person i koordinatorrollen framstod som en viktig kvalitet, når informantene snakket om lederegenskaper hos koordinator. Her kom det fram data som jeg tolker som mer personlige trekk hos koordinatoren. Personlige trekk i form av trygghet kan mulig medføre at man blir mer tydelig som koordinator i ansvarsgruppen, og at man tør å kreve det som skal til, og bestemme og ta avgjørelser. Sitatene under fra informantene kan underbygge det:

*Du må være trygg, tåle å prate med folk og være tydelig. Du må være trygg som person!
Som koordinator kan du kreve mer og bestemme mer.*

En god koordinator er en trygg person! ...

En koordinator må være trygg på seg selv... det må du som leder i ei ansvarsgruppe

Når du er trygg som person tør du å ta mer styringen og delegere ansvar.

Sitatene kan også tolkes som at å være trygg som person også medfører at man blir tryggere i koordinatorrollen. Det kan gjøre at man blir mer tydelig og bevisst i hvordan man leder en ansvarsgruppe.

En god leder er samtidig en ydmyk person

Informantene beskrev ydmykhet som en viktig egenskap hos koordinatoren. De snakket om viktigheten å være ydmyk overfor andre mennesker i en samhandlingssituasjon, og påpekte samtidig at ydmykhet hos koordinator er viktig for å få folk til å spille på lag. Det å balansere krav og ydmykhet virket som en meningsfull egenskap hos koordinator i følge informantene. Sitatene under kan illustrere det:

Det er viktig å være sterk og stå i det, men samtidig være ydmyk

For å få folk til å spille på lag må du være ydmyk i tillegg til å kreve...

Hvis koordinator er for arrogant, er det lett å få piggen ut... det hemmer folk!

Som koordinator må du både lede og lytte...

En god leder er et empatisk forbilde i gruppa

Det at koordinator framstår som et godt forbilde i ansvarsgruppa ble også tematisert under intervjuene. Verdier som respekt og toleranse ble trukket frem som sentrale i det å være et godt forbilde. Empatibegrepet benyttes ofte når vi snakker om mellommenneskelige relasjoner. I Empati beskriver en persons innlevelsessevne og en evne til å sette seg inn i andre menneskers situasjon (Kristoffersen & Solvik, 2005). Skal man klare å se enkeltmennesket, kreves det en genuin interesse for deres situasjon. Samtidig må man ta vare

på hvert enkelt individs integritet gjennom en respekterende væremåte. Empati er ikke det samme som sympati. Ved sympati føler man det samme som en annen person og føler med ham/henne og ser likt på saken som den andre personen (Wikipedia). Respondentene beskriver både respekt, empati og det å være et godt forbilde i følgende sitater ut ifra min forståelse og tolkning:

Du skal være et godt forbilde for både pasienten og ansvarsgruppa!

... Ha evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon og ikke trå over grenser... Men samtidig tørre å gå over terskelen iblant, være ærlig og gå foran som et godt eksempel for hele gruppa...

Du må kunne sette deg inn i både pasientens situasjon i tillegg til å forstå de andre deltakerne i ansvarsgruppa. Det er mye å ta hensyn til... det er en balansegang å ikke trække over noens grenser...

Du må gå foran som en god modell. En god modell er ikke det samme som snillisme...

Du skal gå foran som et godt eksempel. Det er viktig når du skal være koordinator! Du må også tørre å si ifra om det er grunn til det!

Jeg tolker det informantene sier som at man som koordinator må tørre å si ifra når det er en reell grunn til å gjøre det. At det er å gå foran som en god rollemodell. At man som koordinator ikke må være overbeskyttende eller sympatisk dersom det ikke er grunnlag for det.

4.2.5 Koordinator må ha relasjon til brukeren

En god relasjon mellom pasient/bruker og fagperson er en forutsetning for god behandling og oppfølging. En rekke studier viser at en god terapeutisk relasjon har betydning for utfallet av behandlingen og rehabiliteringen (Horvath, 2006). En fortrolig relasjon preget av tillit er vesentlig, og en god relasjon er preget av behandlernes empati, respekt, engasjement og formidling av håp, trygghet og realistisk optimisme. Det stemmer godt overens med det respondentene samtale om i fokusgruppene. Det ble mye snakk om viktigheten av at koordinator og bruker opplever en samhandling basert på en god relasjon.

Tillit og trygghet mellom koordinator og bruker

Informantene jeg intervjuet understreket betydningen av tillit og trygghet mellom koordinator og bruker på denne måten:

Du må ha en relasjon til pasienten hvis du skal være koordinator. Jeg synes det har mye med tillit å gjøre...

I forhold til pasienter med psykoselidelser kommer man ikke unna det med relasjon og arbeidsallianse... det handler om tillit og trygghet

Jeg er koordinator for en pasient. Hun kommer til meg når hun ikke mestrer fordi det er meg hun tør å gå til på grunn av en god relasjon. Det er ikke alt hun tør å si i ansvarsgruppa.

Relasjon er viktig hos alle folk, men det er spesielt viktig hos folk med psykoser. Du må ha en allianse med dem for at de skal være trygge på deg.

Ut fra tolkning av mening fra disse sitatene, ser det ut som om tillit og trygghet er viktig både for å bygge allianse og relasjon, i tillegg til at relasjon og allianse gjør at bruker blir trygg nok til å oppsøke hjelp ved behov. Det blir på en måte en vinn - vinn situasjon, der helheten blir større enn summen av delene.

4.2.6 Koordinatorrollen er krevende

En rolle kan se på som summen av de normer og forventninger som knytter seg til en bestemt oppgave eller stilling i samfunnet (Store norske leksikon). Ofte inneholder koordinatorrollen samhandling med andre deltaker i en ansvarsgruppe. Koordinatorrollen kan være krevende på mange områder. Som koordinator kan man bli utfordret både personlig og som profesjonell. Det kan bli stilt krav og forventninger fra både systemer og individer i samhandlingsprosesser. Informantene mente at det er en krevende rolle å mestre. Det beskrives i de neste underkategoriene.

En synlig rolle med tilstrekkelige ressurser

Informantene var opptatt av at koordinatorrollen må bli mer synliggjort og at det følger med tilstrekkelige ressurser for å gjennomføre oppgaven. Å være koordinator er ressurskrevende på mange områder, og mange syntes det kunne være et problem at det er en rolle som ikke er nok synlig. Som koordinator føler mange på en ekstra belastning og et ekstra ansvar i forhold til å drive en god samhandlingsprosess med både bruker, personell i ansvarsgruppa og ulike etater og tjenester. En del følte på at koordinatorjobben er noe man skal gjøre oppå alle andre arbeidsoppgaver man er satt opp på i løpet av en arbeidsdag.

Hvis du skal koordinere godt så må du kunne stille opp på ganske kort tid og du må kanskje følge pasienten, du må drive, undersøke, ringe masse.. det synes jeg er et problem. At det er en litt sånn usynlig oppgave

Det må settes av tid og ressurser til å være koordinator!

Koordinatorrolla er ressurskrevende!

Å ha rollen som koordinator blir liksom litt usynlig oppi alle andre arbeidsoppgaver du er satt til. Det er liksom bare noe du skal gjøre fordi du har blitt koordinator....

Å være i en delt rolle

I løpet av en dag kan helsepersonell ha flere roller. Det kan være i tråd av å være helsepersonell med de plikter, ansvar og oppgaver som følger med. Noen ganger kan forventningene som følger med rollen være relativt klar. Andre ganger kan forventningene være mer uklare, og arbeidsoppgavene mer diffuse. Informantene beskrev hvordan det var å føle på ulike roller og forventninger. Informantene beskrev at en koordinatorrolle krever at man tar hensyn til en hel gruppe mennesker. Det kan bidra til en lojalitetsproblematikk i rollen. Sitatene fra informantene kan illustrere dette:

Som samtalepartner kan du støtte en pasient som blir forbanna på noen som ikke har gjort jobben sin i gruppa. Men som koordinator må du være fryktelig forsiktig med det. Det er en problematisk rolle.

Det er lett å få en dobbeltrolle når man både skal være koordinator og følge opp pasienten...

Du blir så opphengt i den individuelle planen at du nesten ikke har tid til å være psykiatrisk sykepleier

Det kan være vanskelig å skille på det å være behandler og koordinator... det blir på en måte ulike hensyn man må ta...

5.0 DISKUSJON OG KONKLUSJON

Tittelen i denne masterstudien var; Individuell plan. En rød tråd, eller et stykke papir i samhandling. Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell hadde med individuell plan som verktøy i samhandling for pasienter/ brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser. Jeg ønsket å søke mer kunnskap om temaet og valgte derfor å intervju helsepersonell fra ulike tjenester gjennom fokusgruppeintervjuer etter en strategisk utvalgsmetode. Nå har jeg presentert resultatene fra undersøkelsen, og det er mye informasjon som kommer fram fra intervjuresultatene. Informantene bidro med et rikt datamateriale, og jeg ønsker nå å drøfte det jeg mener er sentrale funn fra undersøkelsen. Jeg kommer til å diskutere det opp mot tidligere forskning og teorier fra teoridelen i oppgaven. Jeg har valgt å legge opp denne diskusjonsdelen på en måte der jeg diskuterer og drøfter funn under relevante problemstillinger.

5.1 Hvilken rolle spiller motivasjon i samhandling, og hva kan påvirke den?

Gutierrez (1990) nevner flere sentrale elementer i myndiggjøring. Han påpeker at man som profesjonell må akseptere den andres definisjon av problemet. Det er i tillegg viktig å identifisere og bygge ut brukers sterke sider. Man må ha fokus på maktbegrepet i en pasient- og terapeutrelasjon. Fokus må være på å lære bort ferdigheter, uten å stigmatisere brukeren. Som profesjonell må man mobilisere og medvirke til å frembringe ressurser hos brukeren. I denne studien påpekte samtlige informanter viktigheten av en felles forståelse der bruker fokus er helt sentralt. At individuell plan er brukers plan og at det er brukers målsettinger som må fokuseres. Det kan utfordre motivasjon på alle nivåer. Enten det gjelder motivasjon som er tilstede, eller mangel på motivasjon. Når det gjelder motivasjon, tenker jeg at helsepersonell har en viktig rolle i det å fremme motivasjon hos bruker gjennom å ha fokus på ressurser hos vedkommende, samtidig som man tar hensyn til symptomer og hemmende faktorer. Det er å ha brukerfokus. Samtidig må man legge til rette for mestring. Som profesjonell tenker jeg det er helt grunnleggende å forstå hva enkeltmennesket har av behov for støtte og hjelp. Gjennom empati kan man tilegne seg en dypere og mer rettmessig forståelse av både ressurser og begrensninger hos en bruker. Det kan legge til rette for man

lager en strategi der krav som stilles er innenfor rammen av det pasienten mestrer. Mestring er i seg selv en motiverende faktor. Det styrker selvfølelse og mestringstro, noe som fremmer motivasjon (Wormnes & Manger, 2005).

Motivasjon ble ansett som sentralt både i å drive en konstruktiv gruppeprosess og i en koordinatorrolle. Det at bruker, deltakere og koordinator er motiverte synes som fremmende i samhandling. Ser vi tilbake på begrepet motivasjon defineres det ofte som biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd for å oppnå et mål Kaufmann & Kaufmann (2009). Deci & Ryan (2000) skiller mellom indre og ytre motivasjon, der indre motivasjon er når en person gjør en aktivitet på grunn av interesse for selve aktiviteten, og denne aktiviteten er belønning nok i seg selv. Ytre motivasjon er når personen gjør noe fordi han ønsker å oppnå en belønning eller et mål utenfor selve aktiviteten. Slik jeg forstår denne definisjonen er motivasjon både en individuell prosess og en sosial prosess. Den sosiale prosessen i en motivasjonsprosess kan skje gjennom en interaksjon mellom bruker og personell i en gruppeprosess. Ut ifra denne forståelsen er det viktig å stille spørsmålet om hvem som har ansvar for å være motivert for samhandling i en individuell plan prosess. Er det bruker? Er det helsepersonell eller andre ansatte som samhandler med bruker. Eller er det alle parter i samhandlingen, inklusive systemene man jobber under? Jeg mener en konstruktiv gruppeprosess i IP er avhengig av alle involverte deltakere og at de er motiverte, noe som igjen kan føre til aktivitet og dynamikk i planarbeidet. Systemene må tilrettelegge for ansatte, slik at samhandling blir et motiverende tiltak.

For å støtte bruker i en individuell plan prosess, skal man i følge empowerment bidra til stimulanse og legge til rette for at vedkommende skal bli en aktiv deltaker. Ikke en passiv mottaker. Fagpersoner må bidra til at brukere av ulike velferdstjenester kommer ut av sin avmaktssituasjon og mobiliserer styrke (Askheim, 2012). Personell har et ekstra ansvar i tråd av å være helsepersonell, til å motivere pasienter som på grunn av psykisk sykdom og symptomer ikke er motiverte for hjelp. Manglende kunnskap om individuell plan kan medføre at pasienter takker nei til et slikt tilbud. Som hjelper må man ha en reflektert holdning basert på faglig forståelse i motivasjonsarbeid, slik at det utføres som et kvalitativt og velbegrunnet tiltak. At ikke motivasjonsarbeidet gjøres som et resultat av egne behov og ønsker. Det er å være profesjonell. I følge Dale (1997) er profesjonalitet å være kyndig og dyktig, slik at man kan realisere god kvalitet i praksis. Finn Carling tar opp forholdet mellom å være medmenneske og profesjonalitet. Han mener at profesjonalitet også er å være

personlig engasjert i det enkelte mennesket. At man viser profesjonalitet både med medmenneskelig innlevelse og faglige kunnskaper og erfaring (Carling, 1979).

Brukermedvikning er som nevnt relatert til empowerment fordi den forutsetter en myndiggjøring av bruker (Stang, 2003). Sosial- og helsedirektoratet (2005) legger vekt på kvalitet i tjenestene, og at det er å gi brukere innflytelse og medvikning gjennom respekt og omtanke i kombinasjon med evidensbaserte faglige tiltak og tilnærminger. Det er overførbart i en motivasjonsprosess. Som fagutøver i en IP- prosess, bør man fokusere på at bruker eller planeier skal føle seg respektert og tatt på alvor. Å kjenne på myndiggjøring og ha en opplevelse av makt over eget liv er stimulerende (Askheim, 2012). I en motivasjonsprosess kan press i form av ureflektert motivasjon eller demotivasjon føre til at bruker føler seg i en avmaktssposisjon. En av informantene uttrykte det på denne måten:

Det er viktig å motivere, men du må for all del ikke havne i "masefallgruva! Det er den enkeltes valg... ikke andres behov som skal presses over på bruker... da går piggene ut.

Brukerkultur og profesjonskultur kan komplisere en reell brukermedvirkning. Faglighet hos hjelper og den enkelte brukers forståelse av virkeligheten kan komme på kollisjonskurs. Både brukerkultur, profesjonskultur og tradisjonsbundne systemer kan påvirke verdigrunnlaget og bremse aktivisering og myndiggjøring av bruker (Sigstad, 2004). Bevissthet om det kan styrke en motivasjonsprosess. Hvis hjelper er påvirket av en profesjonskultur der paternalisme er fremtredende, fører det til at bruker settes i en avmaktssituasjon. En situasjon der brukermedvirkning og stimulering er lite fokusert. Det handler i så fall om at premissene for samhandling er kontrollert av hjelper. Det er ikke konstruktivt og heller ikke i tråd med empowerment (Askheim, 2012).

Empowerment krever en bevisst holdning til egen profesjonsrolle og til hvordan man forholder seg til den man skal hjelpe. Bruker og hjelper representerer ulike livsverdener bestående av den enkeltes grunnleggende virkelighet som danner utgangspunkt for forståelse av bestemte forhold i hverdagen (Wormnes & Manger, 2005). Å ta hensyn til hverandres livsverden danner grunnlag for en forståelse (ibid) . En bruker- hjelper relasjon forutsetter en dialog hvor man deler oppfatninger. Habermas legger vekt på dialogens muligheter i forståelse av hverandre som aktører (Habermas, 1997). Dialogen er sentral for felles forståelse i samhandling basert på myndiggjøring av bruker. Det fremmer en holdning om samhandling og legger grunnlag for motivasjon og mestring.

I denne oppgaven er hovedfokus rettet mot brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser. Psykose er en fluktuierende lidelse, og symptomer kan variere i intensitet fra symptomfrihet til aktiv psykose. Det er ulike årsaker til det (Karlsen, 2009). En del brukere sliter med restsymptomer som er langvarige og i verste fall mer eller mindre kroniske (Malt et al, 2012). Kognitive symptomer og negative symptomer er vanskelig å behandle (Rund, 2011). Bevissthet og forståelse om symptomer er viktig for å møte enkeltmennesket som individ på en mest mulig hensiktsfull måte. Symptomer hos en pasient kan hemme samhandlingsevne. Kritikk på manglende motivasjon og engasjement som et resultat av symptomer er uterapeutisk. I følge teorien om expressed emotions (EE), øker kritikk sjansen for nye symptomutbrudd og forverring av allerede eksisterende symptomer. Det hemmer motivasjon (Malt et al, 2012).

Det er en kjent problematikk at symptomer i form av mistenksomhet og paranoide vrangforestillinger, kan komplisere samhandling med andre mennesker (Rund, 2011). Psykose refererer til en tilstand med realitetsbrist og forvrengt virkelighetsoppfatning (Malt et al, 2012). Psykose omhandler ofte de såkalte positive symptomene. Positive symptomer som vrangforestillinger, mistenksomhet, forfølgelsesideer og storhetsideer kompliserer motivasjonen for samhandling (ibid). Her må man drøfte hvem som har et ansvar eller et reelt ansvar, for å bygge og opprettholde motivasjon i en samhandlingsprosess. En pasient med alvorlige vrangforestillinger vil kunne ha forestillinger om at andre mennesker er ute etter å skade vedkommende eller har onde formål med samhandlingen. Det medfører i verste fall at pasienten trekker seg fra samhandlingen og isolerer seg for å oppnå mest mulig selvopplevd trygghet. I en slik situasjon tenker jeg at personell bør legge til rette for et samhandlingsklima der pasienten kan føle tillit og trygghet, og der vedkommende kan føle seg mest mulig ivaretatt og forstått. Det kan sammen med andre tiltak som optimal medisinerings, dempe pasientens psykosesyntomer (Malt et al, 2012). Det kan igjen øke motivasjonen for samhandling med andre mennesker (Rund, 2011). Når en pasient føler seg trygg fører det til tillit til andre mennesker. Det kan danne grunnlag for motivasjon for videre samarbeid om en individuell plan. Utvikling av en god og trygg behandlingsallianse regnes som en grunnleggende forutsetning for alle behandlingsformer når det gjelder schizofreni (Horvath, 2006). En rekke studier viser at en god terapeutisk relasjon har betydning for utfallet i samhandling (ibid).

Negative symptomer og kognitive symptomer er mest funksjonshemmende ved psykoselidelser (Rund, 2011). Negative symptomer viser seg i form av manglende

motivasjon, interesseløshet og viljeløshet. Slike symptomer kan også vise seg som avflatede følelser og manglende engasjement. Hvordan responderer helsepersonell på denne type symptomer? Det er et kjent problem at slike symptomer trigger følelser og adferd som utålmodighet, frustrasjon, hjelpeløshet og utålmodighet hos personell (Bang, 2003). Dette kalles *motoverføringer*, et begrep som har sin opprinnelse fra psykoanalysen. Et begrep som har gjennomgått visse forandringer, og i nyere versjoner beskriver de reaksjoner den profesjonelle hjelper måtte ha på klientens adferd og historie, både når det gjelder behandlerens følelser, tanker og adferd (ibid). Det beskriver at man handler på følelsene. Man må ha et mest mulig bevisst og reflektert forhold til det med motoverføringer i en motivasjonsprosess, noe som kan være komplisert. Men desto viktigere.

Pasienter med negative symptomer kan fremstå som lite interesserte, engasjerte og motiverte. Om det oppleves som latskap eller manglende samarbeidsvilje, og ikke en del av symptomatologien i lidelsen, kan det føre til at man som hjelper agerer på det ubevisst. Enten i form av irritasjon og kritikk, eller i form av håpløshet og demotivasjon. Det hemmer pasientens motivasjon (Rund, 2011).

Den motiverte hjelper formidler både håp og optimisme, noe som bidrar til økt engasjement hos pasienter med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Respondentene fra fokusgruppeintervjuene ga klart uttrykk deltakere må være motiverte for samhandling for at gruppeprosessen skal bli konstruktiv.

Kognitive symptomer er som nevnt utbredt hos mennesker med alvorlige psykoselidelser. Vanlige områder der kognisjonen er svekket ved schizofreni, er i oppmerksomhetsfunksjoner, verbal innlæring og avanserte former for problemløsning og planlegging og arbeidshukommelse (Green, 2006). Typiske vansker for mennesker med schizofreni kan være å følge med når mennesker snakker. Mange kjenner at konsentrasjonen er svekket, noe som gjør det vanskelig å få med seg viktig informasjon (Helsedirektoratet, 2013).

Informantene uttrykte at informasjon som gis i forhold IP må være forståelig, tilpasset og god, slik at bruker kan ta et reelt valg i forhold til hva som velges eller velges bort. De var også opptatt av at god informasjon kunne øke brukers motivasjon for individuell plan og samarbeid om denne. En tilpasset informasjon må ta hensyn til kognitive symptomer som påvirker brukers evne til informasjonsbearbeiding (Rund, 2011).

Brukermedvirkning beskriver den innflytelse bruker har i forhold til beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud der han selv er berørt (Larsen et al, 2006). For å få en slik innflytelse må en i en legge opp til at bruker er i stand til å ta reelt valg. Det kan gjøres gjennom å gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon gjennom en konstruktiv dialog med bruker (Askheim, 2012).

Et viktig spørsmål er om vi kan påvirke motivasjonen hos mennesker? Svaret er bestemt ja (Csikszentmihalyi & Jackson, 1999; Railo, 1972). Innen idrettspsykologi legges det vekt på miljøet rundt utøverne. Miljøet har en sentral betydning og tilrettelegger for konstruktive treningsmetoder, mestring og prestasjoner. Det fremmer indre motivasjon (Berger, Pargman; Weinberg, 2007). Jeg tenker at det er overførbart til en samhandlingsprosess med en bruker med psykoselidelse. Å se bruker som en utøver som skal trene i et miljø der det er best mulig sjanse for å prestere. En tommelfingerregel er at det bør være cirka 50 prosent mulighet for at utøveren mestrer oppgaven. utfordringer og treningsopplegg må planlegges sammen med utøver, i dette tilfellet bruker, og vedkommende må ha tro på at han kan takle oppgaven (Csikszentmihalyi & Jackson, 1999; Railo, 1972). Det må være balanse mellom utfordringen og ferdighetene utøveren besitter. For høye forventninger som ikke mestres, tapper motivasjon og fører til resignasjon (Carver & Scheier, 1990). Det er også sentralt i en individuell plan prosess, der bruker skal styrkes gjennom empowerment. Det kan ses i sammenheng med stress- sårbarhetsmodellen til Zubin & Spring (1977), som er opptatt av at krav og mestring må balanseres for å unngå at pasienten får nye symptomutbrudd som igjen kan føre til redusert motivasjon. Mestring øker selvfølelsen, noe som igjen kan fremme mestringstro og motivasjon (Wormnes & Manger, 2005).

Motivasjon hos helsepersonell ble også ansett som viktig i en konstruktiv gruppeprosess. Og at systemer kunne hemme motivasjon. Informantene uttalte at systemer opplevdes som rigide og byråkratiske. Manglende fleksibilitet og tilgjengelighet følt demotiverende. Som nevnt i teorikapittelet, snakker Habermas (1984) om at systemverden representerer et system preget av økonomi og regler. Systemverden kan komme i konflikt med de mest sentrale verdiene som livsverden hos enkeltmennesket representerer. I dette tilfellet verdiene i den grunnleggende virkelighetsoppfatning og forståelse hos en deltaker i en samhandlingsprosess for enkeltmennesket (ibid). Dette er sammenlignbart med det informantene uttrykte. De følte ofte på at de i en individuell plan prosess møtte systemer som kompliserte oppgaver de var satt til å utføre. Følelsen av å møte et språk mellom systemers krav egne idealer hemmet motivasjonen. Når systemverdenen med sine krav til effektivitet og kontroll griper inn i

livsverden snakker Habermas om at det skjer en kolonisering (Habermas. 1984). Systemverdenens idealer tar da over og invaderer de mest sentrale verdiene som livsverdenen representerer. I en samhandlingsprosess tenker jeg at helsepersonells idealer kan bli utfordret og motivasjon bli hemmet, dersom de møter en systemverden som i alt for stor grad er på kollisjonskurs med verdier de har opparbeidet seg gjennom erfaring og gjennom sin profesjonsrolle

Hva kan øke motivasjon hos personell i ansvarsgruppa? Jeg tenker at deltakere som opplever både mening og mestring blir mer motiverte. Den indre motivasjonen hos deltakerne en motivasjon som er der på grunn av en interesse, og som aktiverer og opprettholder et engasjement. Den ytre motivasjonen består av ytre faktorer som stimulerer (Deci & Ryan, 2000). Kuvås (2005) poengterer at medarbeidere som opplever tilfredshet i jobben, og føler glede og mestring, skaper de beste resultatene. Det er overførbart til en samhandlingsprosess. Kuvås (2005) påpeker også at motiverte arbeidere opplever stor grad av frihet til å planlegge og utføre arbeidsoppgaver. Videre forteller han at samhandling med kolleger virker positivt på den indre motivasjonen. Det gir glede og motivasjon som igjen styrker samhandling (ibid). Ser vi tilbake på presentasjon av resultatene fra denne masterstudien, var det flere elementer informantene mente var viktig for å skape en konstruktiv gruppeprosess. En felles forståelse var et element. Berg (2006) trekker frem felles forståelse som en viktig faktor for å øke sannsynligheten for et godt samarbeid. Det øker motivasjonen for samhandling. Informantene var også opptatt av et godt klima som fremmende for prosessen. Et klima basert på likeverd og dialog. Kreitner & Kinicki (2001) skriver at god kommunikasjon er sentralt for å bygge tillit og god samhandling. At man er ærlig når man kommuniserer, lytter aktivt til andre mennesker og viser respekt og ydmykhet. Det er mulig at disse faktorene kan bidra til å øke motivasjon hos gruppemedlemmene i en ansvarsgruppe. Lai (2004) snakker om et mestringsorientert kollegaklima, der fokus er på å gjøre hverandre så gode som mulige. Det skjer ved gjensidig motivasjon, noe som igjen øker motivasjon.

Nils Arne Eggen, en tidligere profilert fotballtrener, omtaler lagspill og samspill i boka ”Godfoten”. Han skriver i boka si at det er viktig å gå på banen for å være best mulig selv, men at det er langt viktigere å gå på banen for å gjøre sine medspillere gode (Eggen, 1999)

Jeg tenker at det viser en forståelse som rommer både empowerment, god samhandling, gode verdier og gode holdninger, som igjen kan øke motivasjonen i hele gruppa i en individuell

plan prosess. Lai (2004) mener at holdninger er underfokusert i kompetansearbeid og motivasjonsarbeid.

5.2 Hvor og hvordan bør individuell plan utformes?

I resultatpresentasjonen kom det fram at en felles forståelse og en aktiv praksis var viktig for å skape en konstruktiv gruppeprosess. Ut fra disse resultatene er det relevant å ta for seg spørsmålet om hvor individuell plan skal utformes, og hvem som skal ha hovedansvar for å gjøre denne jobben sammen med bruker? Mangel på rolleavklaring og ansvarsområder har vært et problem i utarbeidelser av individuelle planer og gjennomføring av konstruktive planprosesser. Det ble i 2008 påpekt at individuell plan må forankres på politisk administrativt nivå, og at systemansvaret må være på plass (Helsedirektoratet, 2009).

I følge lovverk har kommunen hovedansvaret for at individuell plan utformes til brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Spesialisthelsetjenesten har også et ansvar i planarbeidet (Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1; Helseforetaksloven § 2-5). Det er utdypet i teorikapittelet. Jeg tenker uansett at hovedmålet må være at utarbeidelse hviler på en forståelse av at plan skal utarbeides dersom pasient eller bruker ønsker det, og at alle i planprosessen tar sitt ansvar på en prioritert og hensiktsmessig måte. Lovverk er ikke nok for å gi en fullverdig beskrivelse av hvordan en optimal IP prosess skal gjennomføres. Det være seg plikter, ansvar, rollefordelig og arbeidsmetoder. Mennesker med alvorlige og langvarige psykoselidelser er ulike som individer med ulike behov. Brukere mottar tjenester fra ulike aktører i kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Og ulike tjenester fra ulike etater på tvers av tjenestenivåer samarbeider

Tilbake til det med utarbeidelse av individuell plan. Lovverket er, slik jeg tolker det, ganske klart i forhold til de enkelte systemers plikter. Jeg tror likevel det rommer en mulighet for tolkning og nyanse. Det er påvist at tydelige rolleavklaringer må på plass, men at det er komplekst, særlig i forhold til brukere med kompliserte lidelser. Det mottar tjenester fra ulike tjenestenivåer og pendler også mellom disse. Jeg tenker man må se tilbake på formålet med individuell plan. IP skal ha fokus på brukermedvirkning. Den skal være et verktøy for samhandling mellom de ulike tjenester, og den skal sikre et helhetlig, koordinert og begrunnet tjenestetilbud. Hvordan skal man på best mulig måte sikre det? Fastlegene spiller

en sentral rolle som representanter for kontinuitet i behandling og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I følge Helsedirektoratet (2013) vil det særlig være hensiktsmessig at fastlegen følger disse pasientene opp både i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale aktører som boligpersonell, hjemmesykepleie eller andre samarbeidspartnere. Fastlegen er ”døråpner” til andre tjenester. Norske undersøkelser viser imidlertid at det varierer hvor godt fastleger følger opp pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Andersson, 2006). Forskning viser at de færreste har kontakt med fastlegen sin. Bare 11 % i alderen 20- 29 har det. (Helsedirektoratet, 2010). I en planprosess må man ta hensyn til det, og skape rutiner som i større grad sikrer at pasientene har kontakt med fastlegen. Informantene var opptatt av at fastlegene må inn i planarbeidet og planprosessen. Det ble gitt konkrete eksempler der fastleger var deltakende og fleksible, og hvordan det forenklet samhandlingen i en individuell plan. En ansvarliggjøring av fastlegerollen kunne bidratt til bedret oppfølging av denne gruppa. Er pasienten innlagt i spesialisthelsetjenesten, og ikke har en IP fra før, kan ansvarlig behandler i sykehus invitere fastlegen inn så tidlig som mulig i planprosessen. Det kunne sikret videre koordinering og samhandling og kontinuitet. Det kunne også vært en ressurs for å skaffe de relevante tjenester til bruker.

Samhandlingsreformen (HOD, 2008-)2009 innebærer at kommunene skal ha en sterkere ansvarsrolle og ivareta flere oppgaver. Nasjonal helse- og omsorgsplan beskriver en framtidig kommunerolle med en ambisjon om at kommunene skal sørge for helhet i behandling og rehabilitering (2010- 2011). Det krever at spesialisthelsetjenesten har fokus på invitasjon av kommunehelsetjenesten inn i samhandlingen med pasienten, så tidlig som mulig. Det er særlig viktig når pasient er innlagt på sykehus og planarbeid settes i gang.. Pasienter med alvorlige og langvarige psykoselidelser er gjerne innlagt over en lengre periode i spesialisthelsetjenesten, og samhandling med kommune bør settes i gang så tidlig som mulig (Helsedirektoratet,2013).

I denne masterstudien ga informantene fra kommunehelsetjenesten uttrykk for at de opplevde at det ble utarbeidet for mange planer til pasienter mens de var innlagt på sykehus. At pasienter ikke var motiverte for å ha individuell plan etter utskrivelse fra sykehus. Det er viktig med en god dialog mellom alle aktører i forhold til hvem som skal ha en individuell plan. I 2005 analyserte Wisløff-utvalget behovet for bedre samhandling i helsetjenestene. Utvalgets vurdering var at samhandling svikter i overgangen mellom tjenestene (Helsetilsynet, 2005). Fokus på dialog mellom de ulike tjenestene kan øke muligheten for at samhandlingen bedres. Det tenker jeg er overførbart i forhold til utarbeidelse av IP.

Nå har jeg diskutert samhandling mellom sykehus kommunehelsetjenesten i forhold til hvor individuell plan bør utformes. Jeg har ikke snakket om distriktpsikiatriske sentre (DPS) og deres rolle i denne prosessen. I overordnede føringer i forhold til spesialisthelsetjenesten, er det bestemt at DPS sin framtidige rolle er å ha et overordnet ansvar i spesialisthelsetjenesten for pasienter som legges inn og skrives ut. Det fungerer ikke slik i dag, men jeg tenker at DPS har samme ansvar som sykehus i forhold til samhandling om individuell plan. Kanskje et større ansvar i fremtidige spesialisthelsetjenester. Det er mulig de i enda større grad bør inn i IP prosesser. Selv om pasient er innlagt på sykehus.

Jeg tenker det er på si plass å stille et siste spørsmål i denne diskusjonen. Skal alle pasienter og bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester ha en individuell plan? Tilbake til det med lovverk, motivasjon, autonomi, brukermedvirkning og empowerment. Individuell plan er helt frivillig, og det er til syvende og sist bruker som bestemmer om han vil motta et slikt tilbud. Som helsepersonell bør man være bevisst sin rolle, og ikke presse på brukere egne ønsker og behov. Man kan likevel motivere for en plan i en konstruktiv prosess, hvis målet med det er å sikre at pasient eller bruker skal ha et best mulig tilbud. Men ikke med en egen forventning om at pasienten skal takke ja. I følge Holum (2012) spiller brukers ønske om hjelp og evne og vilje til samarbeid inn på nytteverdien av individuell plan. Det krever at man tar en nøye vurdering av hva som egentlig er evne og vilje, og at man ikke påtvinger noen et tiltak dersom de faktisk ikke ønsker det.

5.3 Bør koordinatorrollen formaliseres i en obligatorisk og utdanning?

Ser vi tilbake på sitatene som innledet temaet om koordinatorrollen i resultatpresentasjonen, er det tydelig at koordinatoren spiller en sentral rolle for brukere med psykoselidelser. Jeg ønsker derfor å diskutere hvorvidt en koordinatorrolle bør formaliseres i en obligatorisk utdanning.

De er ingen obligatorisk utdanning for koordinatorrollen i dag. Jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 har koordinerende enhet i kommunen et ansvar for å gi koordinatorene opplæring og veiledning (HOD, 2011). Ser vi tilbake på tema 2 i denne masteroppgaven, som beskriver koordinatoren som den ideelle edderkopp, er det et poeng å drøfte om en slik rolle bør formaliseres i en obligatorisk utdanning. Respondentene fra fokusgruppeintervjuene var opptatt av at koordinatorrollen er krevende og at den krever

kunnskap på ulike områder. De var også opptatt av motivasjon som en viktig forutsetning for å være koordinator.

Helsedirektoratet anbefaler opplæring av koordinator både i lovreguleringer i forhold til IP, rettigheter bruker har i forbindelse med planen, og plikter tjenesteapparatet har i forhold til å yte tjenester. De anbefaler at brukermedvirkning og møteledelse bør inngå i opplæringen. Videre påpekes det at en koordinator bør ha opplæring i tverrfaglig samarbeid og kunnskap om tjenesteapparatet (Helsedirektoratet, 2010). Det samsvarer med funn fra denne studien. Informantene påpekte at en koordinator må ha kunnskap om ledelse og tjenesteapparatet. De beskrev også gode lederegenskaper som en forutsetning i rollen. Spørsmålet er om lederegenskaper også styrkes gjennom et obligatorisk utdanningsprogram. For å bli en god koordinator må gå en sti der terrenget består av både forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Dette for å styrke kompetansen og øke forutsetningen for å lykkes i rollen. Kompetanse er å være i stand til. Det er ikke en egenskap, men noe som er situasjonsbetinget. Kompetanse er å ha kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger i forhold til hva slags oppgave man skal utføre (Lai 2004). Å vise kompetanse som koordinator er en viktig faktor for å skape tillit, trygghet og relasjon til pasient og bruker. Berg (2006) påpeker viktigheten av å bruke kunnskap og kompetanse for å bygge tillit og partnerskap.

Hvilke andre fordeler kan en obligatorisk utdanning bidra til? Jeg tenker at opplæring og utdanning bidrar til kompetanse som medfører at koordinator blir tryggere i rollen sin der det stilles store forventninger. Det kan gi økt motivasjon for å ta på seg et slikt ansvar. Deci & Ryan (2000) hevder at indre motivasjon handler om et dypt menneskelig behov for å være kompetent i forhold til omgivelsene. Det er overførbart koordinatorrollen. Gode kunnskaper gir trygghet, som igjen kan øke den indre motivasjon.

Som nevnt er koordinerende enhet i kommunehelsetjenesten ansvarlig for å gi opplæring og veiledning til koordinator. En slik type opplæring kan fort bli tilfeldig fra kommune til kommune. Informantene jeg snakket med hadde ingen erfaring med at slik opplæring var et systemisert tilbud i deres kommuner. Et obligatorisk opplæringstilbud bestående av undervisning og praktisk opplæring, kunne gi koordinator en bedre forutsetning for å mestre rollen. En opplæring der koordinatorer kunne tilegne seg kunnskap som bygger på forskning fra fagkilder og brukerkilder, i tillegg til erfaringsbasert læring i form av praktisk trening som koordinator i fiktive ansvarsgrupper.

I andre fagroller i helse- og omsorgstjenestene er det videreutdanninger og etterutdanninger for å drive eksempelvis veiledningsgrupper og familiegrupper. Det til ettertanke. En obligatorisk utdanning kunne og bidratt til at koordinatorrollen øker i anerkjennelse. I 2008 presiserte Helsedirektoratet nettopp det at koordinatorrollen må løftes frem. Anerkjennelse styrker igjen motivasjonen hos mennesker (Berg, 2006). Jeg tenker det er overførbart til denne rollen.

5.4 Konklusjon

Hvordan erfarer helsepersonell individuell plan som virkemiddel i samhandling for pasienter/ brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser? Denne masterstudien har ikke som ambisjon å gi selve SVARET på dette spørsmålet, men mener å kunne belyse empirisk at en konstruktiv gruppeprosess kan styrke samhandlingen om individuell plan. En slik prosess synes å være avhengig av felles forståelse, et godt samhandlingsklima, aktiv planbruk – og ikke minst motivasjon.

Motivasjon er helt avgjørende for samhandling. Motivasjon er nødvendig hos alle som deltar i en samhandlingsprosess for å lykkes., dvs. at både bruker, helsepersonell og koordinator er motiverte. Helsepersonell har et spesielt ansvar for motivasjonsarbeid når det arbeides med mennesker med alvorlige psykoselidelser. For disse har i større eller mindre grad kjernesymptomer som i seg selv kan utfordre motivasjonsprosessen. Ved særlig hensyntagen til slike motivasjonsutfordringer, kan man likevel lykkes å få til vellykkede planprosesser. Motivasjonsarbeid må også inkludere tilrettelegging av de ulike involverte helsepersonells motivasjon for individuell plan- arbeid. Sentrale begreper her, som må fylles med praktisk innhold, er blant annet fleksibilitet og tilgjengelighet.

Vi vet at koordinator har en helt sentral posisjon for brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser. Denne rollen er kompleks og krever egenskaper som relevant kunnskap, brede samhandlingsevner, god relasjon til bruker og motivasjon. Det er per i dag ingen spesifikk utdanning for denne rollen og forutsetningene for å oppfylle denne krevende rollen kan derfor ikke forventes alltid å være til stede. Også ut ifra funn i denne undersøkelsen kan det tenkes å være en god intervensjon å legge til rette for utførelsen av en slik rolle gjennom mer systematisert IP-koordinator-utdanning.

Litteraturliste

Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D. et al (2009). *Health system integration: State of the evidence*. Int. J. of Integrated Care Vol 9, 17 June 2009: 1-11.

Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Bengtsson, J. (2006). *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Berg, M. E. (2006). *Coaching. Å hjelpe ledere og medarbeidere til å lykkes*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørvik, K. I. & Haukedal, W. (2001). *Arbeids- og lederpsykologi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Buber, M. (1923/ 1970). *I and Thou*. New York: Schribners. (Utgitt første gang 1923)

Carling, F. (1979). *Skapt i vårt bilde*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Craven, M.A., Bland, R. (2006). *Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base. A report for the Canadian Mental Health Initiative*. Can J Psychiatry, May 2006, Vol 51, Supplement 1.

Dale, E. L. (1997). *Dialog og identitet i allmenndannelsen, I: Etikk for pedagogisk profesjonalitet..* Cappelen Damm Akademisk.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). *Target Article: The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior*. *Psychological Inquiry*. Vol. 11; No. 4, 227- 268.

Deegan, P. E. (2006). *Shared decision making and medication management in the recovery process*. *Psychiatric Service* 2006; 57 (11) : 1636-9.

Føllesdal, D., Walløe, L., Elster, J.(1990). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsteori* . Oslo: Universitetsforlaget.

The Free Dictionary by Farlex. <http://no.thefreedictionary.com/>

Gadamer, H. G. (1997). *Sanning och Metod i urval*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.

Goldblatt, H., Karnieli-Miller, O., Neumann, M. (2011). *Sharing qualitative research findings with participants : Study experiences of methodological and ethical dilemmas*. *Patient Educ Couns*. 2011; 82:389-95

Graneheim, U. H., Lundman, B., (2003). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105–112.

Granèr, R. (1995). *Personalgruppens psykologi*. Oslo: Tano

Green, M. F. *Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder*. *J Clin Psychiatry* 2006;67(Suppl 9):3-8.

Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). *Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services*. *International Journal of Integrated Care*, 1, 1 -10.

Habermas, J. (1984). *The Theory of Communicative Action, Volume 1: Reason and the Rationalization of Society*. Boston: Beacon Press

Habermas, J. (1987). *Lifeworld and System: A Critique of Functionalist Reason*, Volume 2 of *The Theory of Communicative Action*, English translation by Thomas McCarthy. Boston: Beacon Press (originally published in German in 1981).

Haram, A. (2004). *Dialogens kraft: Når tanker blir stemmer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Harding, C. M. (1994). *An examination of the complexities in the measurement of recovery in severe psychiatric disorders*. Schizophrenia: exploring the spectrum of psychosis. Chichester: Wiley; 1994. S. 153-169.

Haukedal, W. (2005). *Arbeids- og lederpsykologi*. Oslo: Cappelen akademisk.

Helsedirektoratet. 2009. *Jeg har en plan*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – på rett tid* (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Helse- og omsorgstjenesteloven*. HOD, I 2011 hefte 6. Sist endret 22.06.2012.

<http://www.lovdata.no/all/nl-20110624-030.html>

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Spesialisthelsetjenesteloven*. HOD, 1999. sist endret 24.06.2012.

<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html>

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. HOD, 1999. Sist endret 24.06.2011.

<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>

Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Helseforetaksloven*. HOD, 2001. Sist endret 14.06.2013.

<http://www.lovdata.no/all/nl-20010615-093.html>

Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. HOD, 2010- 2011.

Helsedirektoratet. (2010). *INDIVIDUELL PLAN 2010 – Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2010). *Koordinatorrollen - for deg som er eller skal bli koordinator for individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.

E- læring for individuell plan. Generell informasjon og opplæring i arbeidet med individuell plan. Helsekompetanse.no. Helse Midt- Norge. <http://www.helsekompetanse.no/plan/3316>

Helsetilsynet. (2005). *Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helsetilsynet.

Holden, Ronald B. (2010). "*Face validity*". The Corsini Encyclopedia of Psychology (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley. pp. 637–638.

Holum, L. C, & Toverud, R. (2012). *Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte for unge med psykiske vansker*. Fontene Forskning 1/13, s. 32- 45.

Holum, L. C. (2012) "*It's a good idea, but...*". *A qualitative study of implementation of 'Individual plan' in Norwegian mental health care*. International journal of integrated care, Volume 12, 30 March 2012.

Holum, L. C. (2012) "*Individual plan*" in *user- oriented and empowering perspective: A qualitative study of 'individual plans' in Norwegian mental health services*". Nordic Psychology 2012, Vol. 64(1), 44-57.

Horvath, A. O. (2006). *The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions*. *Psychotherapy* 2006;43(3):258-63.

Hummelvoll, J. K. & Barbosa da Silva, A. (1996) *Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers livsverden i kommunehelsetjenesten*. *Vård i Norden*, 16 (2). S 25-32.

Jackson, S., Csikszentmihalyi, M. (1999). *Flow in Sports: The keys to optimal experiences and performances*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers.

Jensen, M. J. Frahm, Dybvig, S., Johannesen, J. (2009). *Stigma – antistigma: stigmatisering av personer med psykiske lidelser, hvordan kan det bekjempes?* Stavanger: Psykiatrisk opplysning.

Johannesen, A., Tufte, P. A., Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Jordahl, H. & Repål, A. (2009). *Mestring av psykoser*. Bergen : Fagbokforlaget.

Katzenbach, J. R. & Smith, Douglas K. (1999), *The wisdom of teams*. New York: HarperBusiness Book

Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kodner, D. L., & Spreuwenberg, C. (2002). *Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper*. *International Journal of Integrated Care*, 2, 14
November 2002- ISSN 1568-4156

Kreitner, R. & Kinicki, A. (2001). *Organizational behaviour*. New York: Mc Graw-Hill Inc.

Kristoffersen, L. & Solvik, E. (2005). *Psykologi og samfunnsfag*. Oslo: DAMM.

[Krueger](#), R. A. (1994). *Focus groups. A practical guide for applied research*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA 91320

Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific Revolutions*. Chicago: The University of Chicago press.

Kuvaas, B. (2008). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser: Evidensbasert HRM*. Oslo: Fagbokforlaget.

Kvale, S. (2006). *Dominance Through Interviews and Dialogues*. *Qualitative Inquiry* 2006; 12; 480

Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: Sage.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lai, L. (2004) *Strategisk kompetansestyring*. Bergen: Fagbokforlaget

Larsen, E., Aasheim, F., Nordal, A. (2008). *Plan for brukermedvirkning: Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. [Rapport]. Sosial- og helsedirektoratet 2006 [cited 15.09 2008]. Available from www.shdir.no.

Lauvås, K. & Lauvås, P. (1994). *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Levi, D. (2001). *Group Dynamics for teams*. Sage Publications.

Malt, U. F, Andreassen, O. A, Melle, I. (2012). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Malterud, K. (2006). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*.

Oslo: Universitetsforlaget. 3. utgave.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

McIntyre, R. M. & Salas, E. (1995). *Measuring and Managing for Team Performance: Emerging Principles from Complex Environments*. Jossey-Bass Publishers.

Morgan, D. L. (1990). *Focus Groups as Qualitative Research*. London: Sage Publications, Inc.

Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. 2. utg. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1997.

Morgan, D. L. (2002). *Focus Group Interviewing*. I: Gubrium JF, Holstein JA, (red). *Handbook of Interview Research: Context & Method*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.; 2002. s.141-59.

Nerheim H. (1995). *Vitenskap og kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

NESH (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora.

Norsk synonymordbok. <http://synonymer.no/>

Nåden D., Braut E. (1992). *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming – i sjukepleieforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Olsson, H., Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R., (2005). *Integrated care programmes for chronically ill patients: A review of systematic reviews*. International Journal for Quality in Health Care, 17, 141- 146.

Palmer, B. W., Dawes, S. E, Heaton, R. K. (2009). *What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia?* Neuropsychological Rev 2009;19(3):364-84

Parker, G. M. (1994). *Crossfunctional teams. Working with Allies, Enemies and Other Strangers*. Jossey-Bass Publishers

Polit, D. F., Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippencott W. & Wilkins.

Rund, B. Rishovd, (2011). *Schizofreni*, Stavanger: Hertevig forlag

Schjelderup, L., Omre, C. og Marthinsen, E. (2005). *Nye metoder i et moderne barnevern*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sigstad H., H. M. (2004). *Brukermedvirkning – alibi eller realitet?* Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:63-4.tidsskriftet.no/article/953601/

Sosial- og helsedepartementet. 1998. *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. St.prp.nr.63 (1997-98).

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Plan for brukermidvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Stang, I. (2003). *Bemyndigelse. En innføring i begrepet og «empowermenttenkningens» relevans for ansatte i velferdsstaten*. (pp. 141-161). Bergen: Fagbokforlaget

Stangor, C. (2004). *Social Groups in Action and Interaction*. Psychology Press.

Stensaasen, S., Sletta, O. (1997): *Gruppeprosesser. Læring og samarbeid i grupper*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Store Norske Leksikon. <http://snl.no/>

Sørensen, M., Graff-Iversen, S.(2001). *Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?*
Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121:720-4

Thagaard, T. (2009): *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tillgren, P., Wallin, E. (1999). *Fokusgrupper - historikk, struktur och tillämpning*. Soc Med Tidsskr 1999:312-21.

Törnebohm, H. (1985). *Paradigmoch paradigmatvikling i vetenskapen*. Stensil. Göteborg: Institutionen för vetenskapsteori, Göteborg Universitet.

Vik, S. (2007). *Prestasjonskultur og prestasjonsledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wibeck, V. (2000). *Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*.

Wikipedia. <http://no.wikipedia.org/>

World Health Organization. (2005). *Promoting mental health . Concepts – Emerging evidence – Practice*. Geneva: World Health Organization.

World Medical Association (2002). *The declaration of Helsinki*. Retrieved January 28 2008. Lokalisert 20.04.10 på:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Wormnes, B. & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Zeller, R. A. *Focus group research on sensitive topics – Setting the agenda without setting the agenda*. IN. Morgan DL, editor. *Successful focus groups*. Newbury Park/London/New Delhi: SAGE Publications; 1993. P. 167-83.

Zubin, J. and Spring, B. (1977) Vulnerability: A New View on Schizophrenia *Journal of Abnormal Psychology* 86, 103-126

Zwarenstein, Merrick, Scott Reeves, Sharon E Straus, Patricia Pinfold and Joanne Goldman (2009). *Case Management: Effects on professional practice and health care outcomes*. Publication no. DOI: 10.1002/14651858.CD002797.

<http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search/citation/exportOne>

Aadland, E. (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Samlaget. 3. utg.

Åhgren, B. (2007). *Creating integrated health care*. Doctoral dissertation, Nordic School of Public Health, Gothenburg, Sweden.

Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg: vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Åhgren, B., & Axelsson, R. (2011). *A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000- 2010*. *International Journal of Integrated Care*, 11.

I (NOU 2005) : 3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste (Deci & Ryan, 1985a; Ryan & Deci, 2000a) selvbestemmelsesteori.

Andersson H.W. *Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer*. Sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter. Oslo; Trondheim: SINTEF; 2006. SINTEF-rapport A205

Helsedirektoratet; 2010. Data fra allmennlegehelsestjenesten. Oslo: Tilgjengelig fra:
<http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00304/IS->

Karlsen K. (2009). *Veileder for utredning av barn og ungdom med psykoser i Helse Sør-Øst*. Hamar: Helse Sør-Øst RHF; 2009. Tilgjengelig fra:
<http://www.oslouniversitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Utredningsveileder>

Vedlegg 1.

Til leder

Forespørsel om intervju av dine ansatte om erfaringer ved bruk av Individuell plan.

Hei

Jeg er masterstudent i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark og skal dette året fullføre min utdanning med en avsluttende masteroppgave. I den anledning ønsker jeg å intervju helsepersonell med erfaring i bruk av Individuell plan i samhandling for pasienter/ brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser. Dette vil foregå i form av et fokusgruppeintervju, der det er ønskelig at 6-8 helsepersonell fra dere kan stille til intervju i gruppe. Et fokusgruppeintervju er et gruppeintervju som ledes av en til to personer. I denne studien vil intervjuet bli ledet av undertegnede pluss erfaringskonsulent ansatt i Avdeling for Psykosebehandling og rehabilitering ved Sykehuset Innlandet Reinsvoll. Erfaringskonsulenten representerer pasienter og brukere på systemnivå, og er viktig i kvalitetssikring og representasjon av brukerperspektiv i fokusgruppeintervjuet. Intervjuet vil vare i ca. 2 timer.

Hovedtema i intervjuet er erfaringer ved bruk av individuell plan i samhandling for pasienter/ brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser. I denne studien vil jeg intervju en gruppe helsepersonell fra kommunehelsetjenesten, en gruppe helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten og en gruppe helsepersonell fra privat helsetjeneste/ stiftelse. Hensikten er å sammenligne erfaringer og forventninger ved bruk av Individuell plan.

Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk, transkribert og lagret etter forskningsetiske retningslinjer. Resultater fra intervjuet vil bli formidlet i en skriftlig masteroppgave, og vil kunne bli tilgjengelig via Høgskolen i Hedmark. Det vil også være mulighet for at studien publiseres i form av en artikkel i tidsskrift.

Det vil bli opplyst til informantene/deltakerne i fokusgruppene at taushetsbelagte opplysninger anonymiseres. Studien vil følge krav om konfidensialitet og ivaretagelse av anonymitet.

Veileder for denne masterstudien er Arild Granerud, professor ved Høgskolen i Hedmark.

Deltakelse i fokusgruppeintervjuet er selvfølgelig frivillig. Vedlagt følger informasjonsskriv til deltakere om studien og samtykkeerklæring som underskrives av de som ønsker å delta. Ved eventuelle spørsmål er jeg å treffe på telefonnr. 48 13 32 23 eller mail: Brede.sangnas@sykehuset-innlandet.no

Håper på positivt svar om deltakelse, slik at studien kan gjennomføres med deres erfaringer med Individuell plan ☺

Med vennlig hilsen:



Brede Sangnæs

Student, Master i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Hedmark.

Vedlegg 2.

Til ansatt

Forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju.

Hei

Jeg er masterstudent i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark og skal dette året fullføre min utdanning med en avsluttende masteroppgave. I den anledning ønsker jeg å intervju deg om erfaringer ved bruk av Individuell plan i samhandling for pasienter/ brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser. Dette vil foregå i form av et fokusgruppeintervju der 6-8 helsepersonell samles til intervju i gruppe. Fokusgruppeintervjuet vil bli ledet av undertegnede pluss erfaringskonsulent ansatt i Avdeling for Psykosebehandling og rehabilitering ved Sykehuset Innlandet Reinsvoll. Erfaringskonsulenten representerer pasienter og brukere på systemnivå, og er viktig i kvalitetssikring og representasjon av brukerperspektiv under fokusgruppeintervjuet. Intervjuet vil vare i ca. 2 timer.

Hovedtema i intervjuet er erfaringer ved bruk av individuell plan i samhandling for pasienter/ brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser. I denne studien vil jeg intervju en gruppe helsepersonell fra kommunehelsetjenesten, en gruppe helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten og en gruppe helsepersonell fra privat helsetjeneste/ stiftelse. Hensikten er å sammenligne erfaringer og forventninger ved bruk av Individuell plan.

Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk, transkribert og lagret etter forskningsetiske retningslinjer. Resultater fra intervjuet vil bli formidlet i en skriftlig masteroppgave, og vil kunne bli tilgjengelig via Høgskolen i Hedmark. Det vil også være mulighet for publisering i form av en artikkel i tidsskrift. Studien følger krav om konfidensialitet og ivaretagelse av anonymitet.

Veileder for denne masterstudien er Arild Granerud, professor ved Høgskolen i Hedmark

Deltakelse i fokusgruppeintervjuet er selvfølgelig frivillig. Vedlagt følger samtykkeerklæring som underskrives dersom du sier ja til å bli med i fokusgruppeintervjuet. Ved eventuelle spørsmål er jeg å treffe på telefonnr. 48 13 32 23 eller mail: Brede.sangnas@sykehuset-innlandet.no

Håper på positivt svar om deltakelse fra deg ☺

Med vennlig hilsen:



Brede Sangnæs

Student, Master i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Hedmark.

Vedlegg 3.**Samtykkeerklæring**

Jeg ønsker å delta i fokusgruppeintervju i forbindelse med masterstudien der tema er:
helsepersonells erfaringer ved bruk av individuell plan i samhandling for pasienter/ brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser.

Jeg er kjent med hensikt og formål med studien og hvordan resultatene vil bli presentert.

Min deltakelse er frivillig, og taushetsbelagte resultater/ opplysninger vil bli anonymisert i all formidling fra studien. Jeg er informert om at jeg på ethvert tidspunkt kan trekke tilbake mitt samtykke og informasjon vil da bli slettet umiddelbart.

Navn:

Sted/ dato: / 2013

Vedlegg 4.**INTERVJUGUIDE:**

Begynne med en runde der alle forteller kort om deres erfaring med Individuell plan. Da får alle sagt noe med en gang.

- 1. Hvilke erfaringer har dere med Individuell plan i samhandling for pasienter/brukere med alvorlige og langvarige psykoselidelser?**
 - Negative erfaringer
 - Positive erfaringer
 - utfordringer. Er det spesielle utfordringer i forhold til denne gruppen?
 - Muligheter

- 2. Hvilke anbefalinger har dere for å lykkes best mulig med Individuell plan i samhandlingen for denne pasient/ brukergruppen?**
 - Hva må prioriteres?
 - Hva må unngås?
 - Hva må være tilstede?
 - Arbeidsprosessen
 - Ansvar, medvirkning bruker, koordinator

- 3. Hvilke forventninger har dere til Individuell plan som verktøy i samhandlingen?**
 - Innhold
 - Resultater
 - Andre aktører

- 4. Hvis dere våknet en morgen og erfaringen var at Individuell plan er et utmerket verktøy i samhandling. Hva har skjedd da?**

- 5. Er det andre ting vi burde ha snakket om når det gjelder Individuell plan?**