

# Individuell plan som verktøy for brukermedvirkning: En evaluering

Individuell plan skal bidra til brukermedvirkning og til bedre samhandling mellom tjenesteytende instanser. Det statlige tiltaket fungerte etter planen i bare én av fire saker for ungdom og unge voksne med omfattende psykiske lidelser.

## TEKST

**Lene Chr. Holum**

**PUBLISERT 7. april 2010**

## ABSTRACT:

### **The Individual Plan as a tool for user involvement: an evaluation**

---

The Individual plan (IP) is a recognized management tool that encourages increased collaboration and user-involvement within all Norwegian health care services. The IP system depends on there being a service-provider who is willing to act as coordinator of all work related to the system. Patients' own goals, their needs and resources are an essential part of the IP system. In this qualitative study, patients as well as their relatives and their coordinators were interviewed about their experience with the plan. An analysis of their answers suggests that as a tool, the IP system seems most suited to patients with clarified, or even complex mental health problems who are in contact with flexible and responsible service-providers. In the cases where the patients were satisfied with their IP, the coordinators viewed themselves and their patients as having a balanced relationship, as reflected in mutuality and common participation.

---

Keywords: individual plan; coordinated care; coordinator; mental health; user-involvement.

---

Studiet er finansiert av Helse og Rehabilitering via Rådet for psykisk helse og av R-BUP Øst og Sør, samt tilrettelagt fra arbeidsgiver Oslo Universitetssykehus i forhold til permisjoner. Arbeidet inngår i forfatterens doktoravhandling, som blir innlevert ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Individuell plan (IP) er et planverktøy som skal sikre brukere 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 brukerens ønsker, behov og ressurser skal få større vekt.

Intensjonen er at brukere med behov for langvarige koordinerte tjenester skal ha en overordnet plan. Vedkommendes egne mål og behov skal være styrende for tiltakene som iverksettes. Én tjenesteyter skal ha hovedansvaret for å koordinere de involverte

tjenestene og tiltakene. Brukeren bør kunne påvirke valget av koordinator (Veileder for forskrift om individuell plan 2007).

Bakgrunnen for IP ligger blant annet i at tjenesteapparatet generelt er for dårlig koordinert, spesielt for brukere med sammensatte behov (Norges offentlige utredninger, 2001; St.meld nr 25, 1997; st.meld. nr. 21, 1998). Disse brukerne finner vi mange av innenfor psykisk helsevern, og de er den gruppen som her er i fokus. IP er i økende grad tatt i bruk, men vi er fortsatt et stykke unna målet.

I 2006 ble det estimert at 3 % av befolkningen var i behov av IP, mens kun 0,4 % hadde en plan (Bjerkan, 2009). I psykisk helsevern var det i 2007 18 % av pasientene ved DPS som hadde IP (Gråwe, Hatling & Ruud, 2008). Det er langt igjen til ønsket brukervedvirkning oppnås i psykisk helsevern, men det rapporteres også om IP som et godt verktøy for nettopp å fremme medvirkning (Sverdrup, Kristofersen & Myrvold, 2005).

Denne fagbulletinen springer ut av en studie om implementering og bruk av IP i arbeidet med 24 ungdommer / unge voksne med omfattende psykiske vansker (Holum, 2010). Hovedstudien viser at det i noen saker er så høy grad av kompleksitet, med uavklarte tilstander og tiltaksbehov, at IP i praksis er ikke-eksisterende. Ingen vil påta seg koordinatorrollen, og det er krevende å avklare hvilke instanser som skal ha ansvar for hva. I disse sakene synes det vanskelig å snakke om brukervedvirkning, da utfordringene ligger utenfor brukerens påvirkningsmulighet. Andre ganger kjenner ikke brukerne til om de har noen IP, eller de mener at de ikke har deltatt i planprosessen selv.

I 18 av de 24 sakene materialet inneholder, vurderes altså IP (av bruker og forsker) til ikke å være et hensiktsmessig verktøy i henhold til intensjonen. Dette er interessant i seg selv, men er ikke primærfokus her. I de øvrige sakene, som teller seks av 24 brukere, formidler brukeren selv at vedkommende på begge intervjuetidspunkter har en god planprosess med ønsket medvirkning. Hovedfokuset videre er på disse seks såkalt vellykkede sakene – dette fordi det er viktig kunnskap å vite hva brukerne selv vektlegger i planprosessen.

Spørsmålet blir derfor: *Hva kjennetegner sakene der brukeren sier seg fornøyd med sin egen plan og medvirkning i planarbeidet?*

## **Metode**

Studiet er kvalitativt og gjennomført i tråd med Pattons (2002) krav til evalueringsforskning, der blant annet bredde sikres gjennom informanttriangulering og et strategisk informantutvalg. Studiet ble vurdert av Regional etisk komité, meldt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og innvilget konsesjon fra Datatilsynet. Det ble gitt informasjon om prosjektets utforming og mål, godkjenninger og at informantene når som helst kunne trekke seg fra prosjektet uten konsekvenser. Det ble innhentet informert samtykke.

*Utvalg.* Datainnsamlingen besto av totalt 89 dybdeintervjuer av ledere innenfor psykisk helsevern, brukerorganisasjonsrepresentanter, brukere, pårørende og koordinatorene. Lederne ble intervjuet først, og representerer forskjellige nivåer og avdelinger i psykisk helsevern. Hver leder ble forespurt om å opprette kontakt med to brukere i alderen 15–25 år, som hadde IP og ville la seg intervju. Det ble rekruttert 24 brukere med tjenester innenfor psykisk helsevern (dvs. 24 saker bestående av brukere og/eller pårørende = 26 personer, og deres koordinatorene fra første- og andrelinjetjeneste). Alle informanter var ukjent for forskeren. Aldersspredningen på primærbrukerne er 11–37 år, med hovedtyngde 16–25 år. De samme brukerne og pårørende er intervjuet to ganger med ca. to års mellomrom (2005/6 og 2008). Seks brukere sa nei til å la seg intervju gang to. Informantene ble intervjuet der de selv ønsket, med varighet fra tre kvarter til tre timer, og med et gjennomsnitt på fem kvarter. Samtlige brukere har langvarige og omfattende psykiske vansker som omhandler psykose, rus, utviklingsforstyrrelser, affektive lidelser, alvorlig angst, somatiske plager, psykososiale vansker med videre. Intervjutemaene omfatter i korte trekk: generell kunnskap om IP, egne erfaringer og situasjon, mål/planer og samarbeid.

*Analyse.* Utgangspunkt er i Grounded Theory (GT) (Charmaz, 2006b; Charmaz, 2006a; Hallberg, 2006), men med elementer fra tematisk innholdsanalyse (Patton, 2002; Malterud, 2003). I tråd med GT gikk datainnsamling og analyse parallelt (Hallberg, 2006). Samlet materiale ble tatt opp digitalt og transkribert, før alt ble kodet ved hjelp av softwareprogrammet NVivo8. Analyse og sammenlikning av kategorier ledet til utvikling av blant annet ulike temaer innenfor brukermedvirkning, det vil si en tverrgående analyse. Brukermedvirkning ble en hovedkategori i kodetreet (slik det bygges opp i NVivo), bestående av undertemaer presentert i denne artikkelen. Analysene har også vært langsgående, i form av narrativer knyttet til hvert av brukerkasusene. Analysen tok utgangspunkt i hva bruker og pårørende formidlet om medvirkning i eget planarbeid. Her ble det skilt mellom de vellykkede og de ikke-vellykkede sakene (ut fra bruker og pårørendes egen beskrivelse og fornøydhet) i utvikling av kategorier. Koordinatorernes historier ble kodet inn i samme trestruktur, og noen nye kategorier utviklet seg. Kategoriernes beskrivelse av kjennetegn på de vellykkede sakene sier samtidig hva som *ikke* fungerer i de sakene der bruker *ikke* er fornøyd med eller opplever seg delaktig i eget planarbeid.

## **Resultater og diskusjon**

Den kvalitative intervjuundersøkelsen viste at IP fungerte som et hensiktsmessig verktøy for brukermedvirkning og samhandling i bare én av fire saker for ungdom og unge voksne med omfattende psykiske lidelser. Hva er karakteristiske trekk ved disse suksess-sakene, der brukerne rapporterer tilfredshet med planen ved begge intervjutidspunkt? Brukerne var i en situasjon der det var avklart hvilke systemer og forvaltningsnivåer de hører til, og hva slags hjelp som er tilgjengelig og nødvendig. Dette er i motsetning til noen av de andre tilfellene, der spesielt fire saker pekte seg ut som svært vanskelige med hensyn på å få til ansvarsfordeling og samhandling – mye

grunnet uavklarte og svært komplekse tilstander der mange instanser er involvert og ressursbehovene overgår umiddelbart tilgjengelige tiltak.

Brukermedvirkningen blir synliggjort i analysen gjennom to tematiske hovedkategorier: (I) Hvordan tjenesteyterne legger til rette for medvirkning, og (II) Kjennetegn ved brukeren og brukerens situasjon. Innholdet i kjernetemaene springer ut av fra hva brukere, pårørende og koordinatorene i suksess-sakene har formidlet i intervjuene om deltakelse i planarbeidet, men er fortolket og beskrevet med forfatterens ord (se tekstboks 1).

#### TEKSTBOKS 1

*Kjennetegn ved saker der Individuell plan brukes hensiktsmessig, i henhold til brukerens egen beskrivelse og lovens intensjon om brukermedvirkning. Beskrivelsene bygger på en samlet analyse av hva brukere, pårørende og koordinatorene formidler om temaet brukermedvirkning.*

Det er et samspill mellom bruker og tjenesteytere i den forstand at koordinatorene (og andre tjenesteyteres) kompetanse, opplæring, handlingsrom og syn på brukeren interagerer med brukerens behov for hjelp, ressurser og syn på sine tjenesteytere. Herunder ser det ut til å være en «høna eller egget»-diskusjon: Gir tjenesteytere bedre hjelp til brukere som liker dem og samarbeider godt, eller begynner brukere som opplever seg likt og respektert, å samarbeide og like hjelperne sine? I de seks fokus-sakene rapporterer brukeren å like koordinator og andre tjenesteytere, og omvendt fremhever koordinatorerne at de liker og ser ressurser hos brukeren – dette i motsetning til de øvrige sakene, der disse aspektene ikke nevnes. Betydningen av kompetanse ble tydelig. I tre saker er det erfarne koordinatorene, både med hensyn på å være koordinator og fagperson, og de har autoritet og tillit. Tre andre koordinatorene er til dels unge og nyutdannede, men de arbeider i institusjoner der de har fått god opplæring, har tilgang på veiledning i forhold til IP, samt kan bruke tid. De kan dessuten støtte seg på erfarne terapeuter og fastleger som tar mye ansvar.

Det synes som det er tjenesteyterne som legger premissene for medvirkning, noe som fører til at brukeren opplever seg som en handlende aktør i samspillet og kan ta i bruk sine ressurser og uttrykke sine behov. Det er vanskelig å tenke seg at det skal være motsatt: at brukeren selv kan tilrettelegge for medvirkning, selv om det i en sak kan se slik ut. Det å oppleve seg lyttet til og å ha reell innflytelse på planlegging og gjennomføring av tiltak, uten at ansvaret blir for overveldende, er en viktig balanse som bruker og tjenesteyter må forhandle seg frem til via god dialog. I det ligger også betydningen av felles språk, gjensidighet og forståelse i dialogen. Dette igjen ser ut til å kunne bli påvirket av kognitiv fungering hos brukeren. Kognitiv fungering er ikke eksplisitt undersøkt, men henspiller på hva som fremkommer i form av refleksjonsnivå, fokus og hukommelse i intervjuene, og det som formidles om eventuelle kognitive vansker fra brukeren selv og koordinator i enkeltsaker. Samtlige seks brukere synes å ha

god kognitiv fungering, i motsetning til i flere av sakene der brukermedvirkningen er dårlig eller ikke-eksisterende.

Behov for trygghet nevnes eksplisitt av fire brukere. At eventuelle overganger, som å flytte eller bytte behandler, er planlagte, oversiktlige, gradvise og på brukerens premisser, fremmer trygghet. Forskriften sier at IP eventuelt kan erstatte ansvarsgrupper, men alle seks har ansvarsgruppe, i motsetning til noen av de andre sakene i materialet. Møtene kjennetegnes av godt samarbeid og høy grad av enighet mellom tjenesteyterne, samt felles enighet om og forståelse av behov og tiltak mellom bruker og tjenesteytere. Det er til dels små og oversiktlige ansvarsgrupper, maks fem–seks profesjonelle aktører som møter fast, i tillegg til bruker og/eller pårørende. Dette er også viktig for tryggheten. Gruppene kjennetegnes av stabilitet, i den forstand at det er liten utskifting av tjenesteytere og god deltagelse på møtene. Møteagendaen er gjerne forberedt av bruker og koordinator i fellesskap. Koordinator synes å ha mulighet for å bruke tid på planarbeidet, og vise fleksibilitet i sitt møte med brukeren og de behovene vedkommende til enhver tid har.

## **Konklusjon**

De tilfellene der brukere med IP opplever medvirkning på egne premisser og i tråd med intensjonen, kjennetegnes hovedsakelig av at tilstanden er diagnostisk (rimelig) avklart, om enn kompleks. Det er dermed mindre uenigheter knyttet til vurdering av egnede og nødvendige ressursbehov og tiltak. Dette synes å innebære at brukeren i større grad tilknyttes behandlingssystemer og personer som tar ansvar og er fleksible. IP brukes i tillegg aktivt for å sikre overgangene mellom behandlere og ved systemskifter. Koordinator liker brukeren, behandler vedkommende med respekt og likeverd, og ser vedkommendes ressurser. Brukeren ønsker hjelp og samarbeider godt med de involverte tjenesteyterne. Derved fremstår partene som likeverdige handlende aktører i planprosessen.

Lene Chr. Holum

Framveien 28, 1420 Svartskog

Mob. 905 05 584

E-post [lcholum@online.no](mailto:lcholum@online.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 4, 2010, side 326-328*

### **TEKST**

**Lene Chr. Holum**

+ **Vis referanser**

Referanser

- Bjerkan, J. (2009). Individual Plan in Norway. State of the art five years after regulation by law. Upublisert arbeid.
- Charmaz, K. (2006a). Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Charmaz, K. (2006b). Measuring pursuits, marking self: Meaning construction in chronic illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1, 27-37.
- Gråwe, R. W., Hatling, T., & Ruud, T. (2008). Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007 (Rapport Nr A6961 SINTEF). Trondheim: SINTEF.
- Hallberg, L. R.-M. (2006). The «core category» of grounded theory: Making constant comparison. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1, 141-148.
- Holum, L. C. (2010). Implementering og bruk av Individuell plan overfor unge med langvarige og komplekse psykiske vansker. Upublisert manuskript til Ph.D-avhandling ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Malterud, K. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norges offentlige utredninger (2001). Fra bruker til borger: en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer (NOU 2001: 22). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3 utg.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). Individuell Plan 2007, Veileder til forskrift om individuell plan Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, trykksakavdelingen.
- St.meld nr 21 (1998). Ansvar og meistring: mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 25 (1997). Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sverdrup, S., Kristofersen, L. B., & Myrvold, T. M. (2005). Brukermedvirkning og psykisk helse (Rapport Nr 2005:6 NIBR). Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.