

## Sammendrag

### 1. Opplysninger om oppgaven

<i>Forfatter</i>	Liv Marit Strand
<i>Grad</i>	Master i helsefremmende arbeid
<i>Fakultet</i>	Fakultet for helsevitenskap
<i>Institutt</i>	Institutt for helsefremmende arbeid
<i>Veileder</i>	Steffen Torp
<i>Innleveringsdato</i>	15. November
<i>Oppgavens tittel</i>	Ivaretagelse av individual plan i koordinerende enhet I Oslo kommune
<i>Antall ord</i>	19049
<i>Søkeord</i>	Koordinerende enhet, individuell plan, samhandling, rehabilitering og habilitering

Bakgrunnen for studien er den store utfordringen helsesektoren står ovenfor med tanke på brukere med særskilt behov for mange og sammensatte tjenester. Dette setter store krav til helsetjenestens evne til å forene de kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og samtidig forholde seg til sektorer som NAV, skole og de private aktørene. Innsats for samhandling på tvers, tar både brukerperspektivet og det samfunnsøkonomiske aspektet i betraktning. Ordningen med individuell plan er å regne som et viktig og nyttig verktøy i samordning av tjenester.

Koordinerende enhet sin rolle og funksjon kan ha betydning for ordningens forutsetninger for å ivareta bruker med behov av langvarige og sammensatt tjenester. Denne oppgaven har til hensikt å få kunnskap om ordningen fra et systemperspektiv, og problemstillingen er som følger:

#### **Hvordan blir individuell plan ivaretatt av koordinerende enhet i Oslo kommune?**

Studien har en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk/hermetisk perspektiv. Videre bygger studien på seks individuelle intervju med personer som har ansvar for god kjennskap til ordningen individuell plan. Det er for øvrig brukt innholdsanalyse i analysen av materialet.

Studien har resultert i ulik kunnskap om hvordan ordningen ivaretas i Oslo kommune. Plassering og informasjonskanaler enhetene har, gir synlighet for enkelte grupper, men kan ekskludere samarebeidspartnere og brukere. Enhetene mangler tilstrekkelig forankring, og samarbeid preges av ulik forståelse av rehabiliteringsprosessen. Ulik vurdering av henvendelser av voksne og barn gir ulik oppfølging. Opplæring av koordinatorene er viktig for å gi ferdigheter og trygge dem i rollen, men i dag treffer ikke enheten på målsetning om at dette kan gi bedre rekruttering av koordinatorene. Personlige egenskaper hos koordinatoren er viktig, og kan med erfaring, kunnskap og støtte utvikle disse.

Nøkkelord: Koordinerende enhet, individuell plan, samhandling, samarbeid, rehabilitering,

## Summary

### 1. Opplysninger om oppgaven

<i>Forfatter</i>	Liv Marit Strand
<i>Grad</i>	Master in Health Promotion
<i>Fakultet</i>	Fakultet for helsevitenskap
<i>Institutt</i>	Institutt for helsefremmende arbeid
<i>Veileder</i>	Steffen Torp
<i>Innleveringsdato</i>	15. November
<i>Oppgavens tittel</i>	Ivaretagelse av individual plan i koordinerende enhet I Oslo kommune
<i>Antall ord</i>	19049
<i>Søkeord</i>	Koordinerende enhet, individuell plan, samhandling, rehabilitering og habilitering

The background for this study is the major challenge facing the health sector in terms of users with special requirements for many complex services. This puts great demands on the health service's ability to unite the municipal and state authorities, and simultaneously deal with sectors such as NAV, schools and private sectors. Increased interaction across disciplines, is taking both the user perspective and the economic aspect into consideration. The use of individual plan is regarded as an important and useful tool in the coordination of services.

Coordinating unit's role and function can influence how the work with individual plan provides for users with many complex services. The purpose of the study is to gather information from various coordinating units on how they ensure the coordinating units' different tasks, where the problem for discussion is: *How is the service of individual plan and coordinator attended by coordinating units in Oslo?*

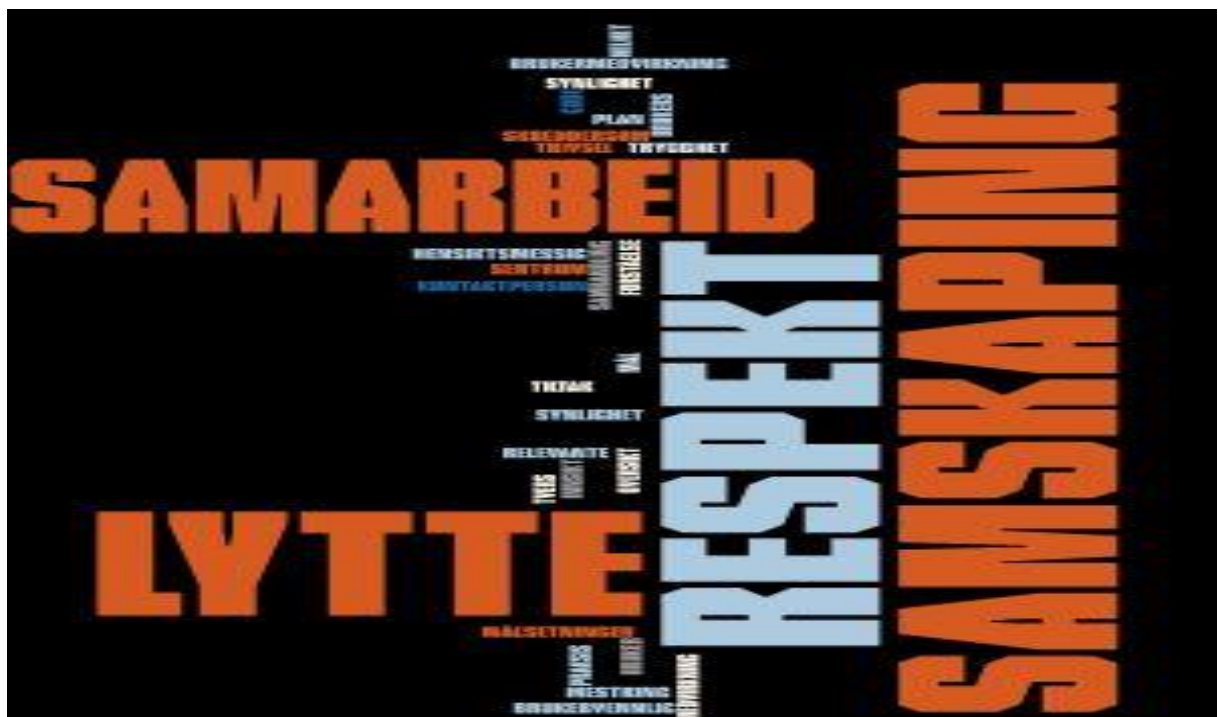
The study has a qualitative approach with a phenomenological/hermeneutical perspective. It consists of six individual interviews with staff responsible for, and with a good knowledge of the system involving individual plan. The research technique used is content analysis in the analysis of the material.

The study has resulted in different knowledge about how individual plan is attended by coordinating units in Oslo. Location and information channels that the units have, provide visibility for some groups, but may exclude other professionals and users. The units lack sufficient anchorage and cooperation is characterized by different understandings of the rehabilitation process. Different procedyre is seen between adults and childrens need for an individuel plan. Training of coordinators is important to provide skills and secure them in the role, but they fail in improve recruiting coordinators. Personal qualities of the coordinator is essential and can with experience, knowledge and support to develop these.

Key words: Coordination unit, individual plan, interaction, cooperation, rehabilitation

## Ivaretagelse av individuell plan i Oslo kommune

Kvalitativ studie av koordinerende enhet ivaretagelse av ordningen med individuell plan og koordinator i Oslo kommune



Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap

Master i helsefremmende arbeid

Liv Marit Strand

November/2016

Antall ord: 19049

## Forord

Denne oppgaven markerer slutten på min mastergrad i Helsefremmende arbeid ved Høyskolen i sørøst- Norge. Det har vært en krevende, intensiv og lærerik prosess.

Jeg vil takke min arbeidsgiver, som har gjort det mulig for meg å kombinere jobb og studier. All den fleksibilitet, støtte og oppmuntring som er vist meg i løpet av denne prosessen, setter jeg stor pris på.

Takk til min veileder Steffen Torp for gode innspill gjennom skriveprosessen. Uten deg hadde nok mange gode momenter gått tapt.

Jeg vil også takke de seks informantene som tok seg tid for å fortelle om sine opplevelser. Dere møtte meg med vennlighet og åpenhet. Deres engasjement for brukere og ansatte har vært inspirerende. Forsiden er blitt til takket være deres til sammen 30 stikkord og setninger dere forbandt med individuell plan og koordinerende enhet.

Til familien; takk for all tålmodighet dere har vist hele veien.

Oslo 15. november 2016

Liv Marit Strand

## Innhold

Forord .....	IV
1. INNLEDNING.....	1
1.1. Kort beskrivelse av sentrale temaer .....	2
1.1.1. Koordinerende enhet .....	2
1.1.2. Individuell plan .....	2
1.1.3. Koordinator .....	2
1.1.4. Habilitering og rehabilitering .....	2
1.1.5. Begreper brukt i oppgaven: .....	2
2. TEORETISK REFERANSERAMME .....	4
2.1. Helsebegrepet og Helsefremmende arbeid .....	4
2.2. Rehabilitering og habilitering .....	4
2.3. Begrepet funksjonshemning .....	5
2.4. Samhandlingsreformen .....	6
2.5. Individualisering og brukermedvirkning .....	7
2.6. Kvalitet på tjenestene.....	7
2.7. Koordinerende enhet.....	8
2.8. Koordinerende enhet som setting .....	9
2.9. Koordinerende enhet som tre idealtyper.....	10
2.9.1. Koordinerende enhet underlagt en tjenesteenhet.....	10
2.9.2. Koordinerende enhet underlagt søknadskontoret .....	10
2.9.3. Koordinerende enhet underlagt et kollegialt team .....	11
2.10. Individuell plan .....	11
2.11. Koordinatoren .....	12
2.12. Innføring og utfordringer med nettbasert IP .....	13
2.13. Menneskelig adferd.....	13
2.14. Menneskesyn.....	13
3. TIDLIGERE FORSKNING .....	15
4. PROBLEMSTILLING.....	18
4.1. Avgrensninger .....	18
5. METODE.....	19
5.1. Forskningsdesign .....	19
5.2. Vitenskapsteoretisk ståsted.....	19
5.3. Hermeneutisk sirkel .....	20
5.4. Forskerens forforståelse.....	20

5.5.	Utvalg og utvalgsstrategi .....	21
5.5.1.	Oslo kommune .....	21
5.5.2.	Utvalgskriterier.....	21
5.6.	Datainnsamling.....	22
5.7.	Transkribering .....	23
5.8.	Dataanalyse.....	23
5.9.	Metodiske avveininger og etiske aspekter .....	24
6.	PRESENTASJON AV FUNN .....	25
6.1.	Organisering av koordinerende enhet.....	25
6.1.1.	Synlighet.....	25
6.1.2.	Forankring .....	26
6.1.3.	Organisering av opplæring .....	28
6.2.	Hvilken oppfatning har de ansatte av ordningen? .....	29
6.2.1.	Beskrivelser av «brukeren» .....	29
6.2.2.	Behovet for langvarige og koordinerte tjenester .....	29
6.2.3.	Ordningens kvalitet .....	30
6.2.4.	Samarbeid og kontinuitet .....	31
6.2.5.	Likhetstanke .....	32
6.2.6.	Brukermedvirkning .....	33
6.2.7.	Bruk av nettbasert verktøyet ACOS IP .....	34
6.2.8.	Samarbeid uten IP .....	35
6.3.	Hvilke personlige egenskaper anser de ansatte som nyttig for å ivareta ordningen? .....	35
6.4.	Oppsummering .....	36
7.	DISKUSJON AV FUNNENE .....	37
7.1.	Studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.....	37
7.2.	Gyldighet .....	37
7.3.	Pålitelighet .....	39
7.4.	Overførbarhet.....	39
7.5.	Hvordan er koordinerende enhet organisert i Oslo kommune?.....	40
7.5.1.	Synlighet.....	40
7.5.2.	Forankring .....	41
7.5.3.	Opplæring med flere formål .....	43
7.6.	Hvilken oppfatning har de ansatte av ordningen med individuell plan? .....	45
7.6.1.	Hvem passer IP for .....	45
7.6.2.	Samarbeid og kontinuitet .....	46

7.7. Personlige egenskaper som ansees som nyttige for å ivareta ordningen .....	48
8. KONKLUSJON .....	51
8.1. Implikasjoner for praksis og videre forskning .....	52
LITTERATURLISTE .....	53

Vedlegg 1 Svar fra NSD

Vedlegg 2 Forespørsel om deltagelse

Vedlegg 3 Intervjuguide

## 1. INNLEDNING

Tema for denne studien er samhandling og bruk av verktøy som kan bidra til å gjøre samhandlingen enklere og tryggere mellom tjenesteytere og bruker, og mellom tjenesteytere seg imellom. Hensikten med studien er å innhente kunnskap fra ulike bydeler i Oslo kommune, og se på hvordan organisering og forståelse har å si for hvordan ordningen blir ivaretatt.

Med St. meld.nr 21 (1998-99) ble det lagt frem strategier for hvordan man kunne skape et mer systematisk og effektivt re- og habiliteringstilbud på brukernes premisser. Meldingen hadde konkludert med at rehabiliteringstilbudet var altfor preget av manglende planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medvirkning fra brukeren selv. For å bøte på utfordringene ble det i 2001 innført to sett med organisatoriske verktøy for å styrke koordineringen av tjenester og innsatser. På systemnivå kom det et krav om at det skulle innføres koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i alle norske kommuner. Og på individnivå ble det innført en lovfestet rett til en såkalt individuell plan for mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester (Breimo, 2012).

Da ordningen med individuell plan ble fremmet, anslo myndigheten at mer enn 90 000 personer ville ha rett til en individuell plan (Ot.prp. nr.10 (1998-99)). Da Rambøll på oppdrag av Helsedirektoratet gjorde en kartlegging av antall planer i 2011, fant de at knapt 30 000 hadde en plan. Om anslaget var lagt for høyt eller om det handlet om brukere som enten hadde avslått eller ikke fått tilbud om plan er vanskelig å si, men dette og andre studier viser tendenser til at ordningen med individuell plan kanskje ikke fungerer i den grad myndighetene skulle ønske at den gjorde.

Imidlertid er det ingenting som tyder på at ordningen med individuell plan skal avvikles, heller tvert imot. Lovhjemlingen blir stadig endret og utvidet (Breimo et.al 2015). Innføring av samhandlingsreformen i 2012 og den nye detaljerte veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator fra 2015, tyder på at samhandling og tiltak for å bedre denne er et satsningsområde i norsk helsevesen.

1.



## 1.1. Kort beskrivelse av sentrale temaer

### 1.1.1. Koordinerende enhet

Koordinerende enhet ble pålagt innført i alle kommuner i 2001, og skal ha det overordnede ansvaret for ordningen med individuell plan og koordinator i kommunen/bydelen. Enheten, som ikke nødvendigvis er en organisatorisk enhet, skal ha en sentral rolle i å sikre samhandling på tvers av nivåer og sektorer (Helsedirektoratet, 2010).

### 1.1.2. Individuell plan

Ved behov for langvarige og koordinerte tjenester, har man rett til å få utarbeidet en individuell plan. Planen kan beskrives som et verktøy for samhandling, en prosess som beskriver arbeidet og som resulterer i et dokument (Helsedirektoratet, 2015). I praksis består ordningen av et plandokument som utarbeides av bruker og en utnevnt tjenesteyter. Tjenesteyteren (også kalt koordinator) har ansvaret for å følge opp planen og brukeren.

### 1.1.3. Koordinator

Koordinator er benevnelsen på den personen som er tildelt rollen om å sikre oppfølging av tjenestemottaker og en god framdrift av planprosessen. Rollen er profesjonsnøytral og kan ivaretas av ulike yrkesgrupper ved hjelp av veiledning, opplæring og støtte fra systemet for øvrig. Koordinator velges ideelt sett, ut i fra en tjenesteyter som allerede har en rolle som fagperson overfor brukeren (Helsedirektoratet, 2010).

### 1.1.4. Habilitering og rehabilitering

Habilitering handler om barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er rettet mot tilstander ervervet senere i livet (Helsedirektoratet, 2015).

### 1.1.5. Begreper brukt i oppgaven:

Individuell plan (fra nå av kalt IP), og koordinerende enhet (heretter kalt KE)

Benevnelsen «bruker» blir brukt gjennomgående i oppgaven, og er likestilt med tjenestemottaker. En bruker er definert som: «en person som har behov for definerte tiltak eller tjenester som tilbys av det offentlige» (Olsen, 2009).

Tjenesteyter er samlebetegnelse på alle som yter en helse- og omsorgstjeneste

Samarbeidspartnere inkluderer alle ansatte i ulike etater

Med *ordningen* menes individuell plan og koordinator, men omhandler også tilhørende områder som bidra til samarbeid mellom tjenesteytere, informasjon og kompetanseutvikling.

Forankring menes her som administrativ og praktisk forankring, og dreier seg om hvilket feste koordinerende enhet har i bydelen, og i hvilken grad det er en felles oppfatning og praksis, slik at forankringen skjer i hele organisasjonen, og ikke bare innad i den koordinerende enheten (Helsedirektoratet, 2010).

## 2. TEORETISK REFERANSERAMME

### 2.1. Helsebegrepet og Helsefremmende arbeid

Siden Verdens helseorganisasjon (WHO) ble opprette i 1948, har organisasjonen vært retningsgivende for hvordan helse defineres. De slo i 1948 fast at «helse er fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende», noe som kanskje må sies å være en utopisk tilstand. Den er imidlertid senere blitt moderert til «evnen til å leve et økonomisk og sosialt produktivt liv» (Mæland, 2010).

Uansett helsedefinisjon, kan helse formes av genetiske/biologiske faktorer som for eksempel kroppens oppbygning og funksjon, adferd og psykologiske væremåte som også innebærer emosjoner og mestringsstrategier, miljømessige faktorer som rommer alt fra den fysiske naturen til sosiale relasjoner, og helse- og omsorgstjenester som er en faktor som kan spille inn på ens oppfattelse av ens helse. Noen faktorer kan i perioder av livet være mer fremtredende enn andre (Mæland (2010).

Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i et salutogent perspektiv og dreier seg i all hovedsak om å styrke kontroll over forhold som direkte eller indirekte påvirker helse og defineres som: *prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse for å nå fram til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sin behov og endre eller mestre sitt miljø». (WHO, 1986).*

Folkehelsepolitikken i Norge bygger på Ottawa Charteret (WHO, 1986). Charteret la en strategi for å nå målet om å utjevne sosial ulikhet gjennom skape likhet i helse. Man så en klar sammenhengen mellom det fysiske, sosiale, økonomiske og politiske miljøets påvirkning på helsen. Det ble klart at for å nå målet om likhet i helse, måtte helse bli et felles ansvar for alle instanser i samfunnet.

### 2.2. Rehabilitering og habilitering

I norsk sammenheng refereres det til Rehabiliteringsmeldingen og stortingsmeldingen *Ansvar og meistring* (St. meld. 21, 1998-99) når man skal definere begrepet rehabilitering. Der defineres rehabilitering som: *en tidsavgrenset, planlagte prosess med klare mål og virkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå mest mulig funksjon og meistringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt i samfunnet.*

Definisjonen legger vekt på samordning av den profesjonelle innsatsen og brukermedvirkning med vekt på autonomi og innflytelse.

Brukere som har behov for *habilitering*, har funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander (før 18 år). De trenger bistand til å oppøve funksjoner og ferdigheter de aldri har hatt.

Brukere som har behov for *rehabilitering*, har behov for å gjenvinne tapte funksjoner etter sykdom, skade eller rusavhengighet. Metoden er derfor re-læring og oppøving av tidligere funksjoner og ferdigheter. En måte å dele inn befolkningen på er hvor de har tyngden av problemer. Vanligst er rehabilitering somatikk, psykisk helse og rus (Helsedirektoratet, 2015). Målgruppen for habilitering og rehabilitering gjelder alle personer med behov for sosial, psykososial og medisinsk opptrening (Lovdata, 2012). Habilitering og rehabiliteringstiltak kan berøre mange livsområder som følge av funksjonsnedsettelsen. Det er derfor ingen begrensninger i forhold til hvem som kan delta i denne prosessen (Helsedirektoratet, 2015).

I motsetning til tidligere hvor målgruppen for rehabilitering var personer med nedsatt fysiske funksjoner, gjelder det nå *alle personer med tap av, skade, eller avvik i kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner* (NOU, 2001). Med dette kom også en endring i forhold til måloppnåelse for rehabilitering og habilitering. Tidligere var målet å gjenopprette *fysiske funksjoner*, mens det nå gjelder å oppnå *deltagelse i samfunnet* (Breimo, 2012).

### 2.3. Begrepet funksjonshemning

Aktører på funksjonshemningsfeltet har i lengere tid hatt målsetninger om å få et mer nyansert bilde av hva en funksjonshemning er. Siden 1981, FNs internasjonale år for funksjonshemmede, har Norge valgt å fremheve at funksjonshemning forstås som et samspill mellom den enkelte og samfunnets krav til funksjon. Den sosiale tilnærmingen, i motsetning til den medisinske, ser på samfunnsordninger og strukturelle forhold, og at ved å tilrettelegge disse, vil man skal kunne minimere funksjonshemningen. I GAP-modellen ser man hvordan forholdet mellom individ og samfunn kommer til uttrykk. Funksjonshemningen er altså ikke en egenskap ved individet, men et fenomen som oppstår i en sosial kontekst (Grue, 2012).

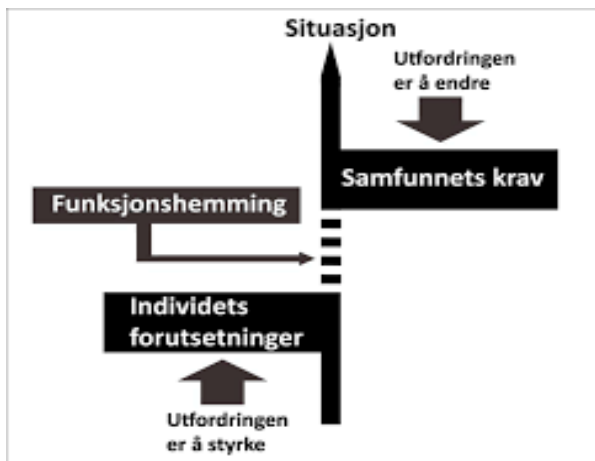


Fig. 1 GAP-modellen (Grue, 2012)

#### 2.4. Samhandlingsreformen

Med samhandlingsreformen som ble innført i 2012 ble det satt fokus på å skape en folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Reformen sier at man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste, tilpasset den enkelte bruker. Dårlige koordinerte tjenester betyr også lite effektiv ressursbruk og reformen skal tar høyde for å ivareta både pasientperspektivet og det samfunnsøkonomisk perspektivet (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

I St. Meld.nr 26 (2014-15) *Fremtidens primærhelsetjenestes- nærhet og helhet* er tilbakemeldinger fra brukere og pasienter, at den største utfordringene i primærhelsetjenesten er blant annet kvaliteten på tjenestene, tjenestene oppleves som fragmenterte og at det er for lite koordinering mellom tjenestene. Dette til tross for at det gjennom de siste årene har vært jobbet med mange tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling.

Vurdert i forhold til pasient- og samfunnsøkonomiske perspektivet bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. Det er ofte de mest sårbare og vanskeligstilte pasientene som har størst behov for en helhetlig helsetjeneste. Fellesnevneren for dem som har et særskilt behov for samhandling er at de har et behandlings og omsorgsbehov ingen av tjenesteyterne kan løse alene (NOU, 2005:3).

Helhetlige pasientforløp med god samhandling kan bare oppnås dersom den enkelte enhet i helsetjenesten har oppmerksomhet på sammenhengen mellom egen innsats og resten av behandlingkjeden. Dette krever en sterk ledelsesforankring med bevisstgjøring om samarbeidskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste (NOU, 2005:3).

Forskjellige målforståelse kan bidra til utfordringer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges. Mens kommunehelsetjenesten har fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne, har spesialisthelsetjenesten som oftest mål om medisinsk helbredelse (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

### 2.5. Individualisering og brukermedvirkning

Noen mener at det er et paradigmeskifte i de vesteuropeiske landene i forhold til fokuset på brukerorienteringen. Det kan se ut som et uttrykk for en generelt økt individualisering hvor befolkningen er blitt mer individualistisk, og hvor kollektive løsninger får lavere oppslutning enn individrettede (Hjelmtveit, 2009, Hatland og Terum, 2005). Hvert individ er unikt med unike behov og innenfor tjenesteytende sektor har dette gitt økende fokus på brukermedvirkning og brukerstyring. Godt hjulpet av organisasjoner og råd som også har vært med på å styrke de marginaliserte gruppers posisjon (Solvang og Slettebø, 2012), har individet blitt styrket gjennom lovverk og forskrifter som gir den enkelte rettigheter (Andreassen, 2012). Brukermedvirkning er i dag en slik rettighet som er nedfelt i lovverket og er å finne som et element i omtrent i all offentlig tjenesteyting. Rettigheten er en demokratisk anerkjennelse av at folk har rett til å påvirke tjenestene generelt og de de selv mottar (Breimo, 2015). Helsetjenestens verdigrunnlag må ta utgangspunkt i at pasienten har ønske om og kompetanse til å gjøre sine egne valg (NOU, 2003).

Med rettigheter, kommer også plikter skriver Gilbert (2004), og mener med det at det ligger en forventning om at individet skal ta mer ansvar, ikke bare delta. Dette kan sees både i forhold til ansvarliggjøring av individet med tanke på hva det skal yte i samfunnet og med de klare forventninger om selvstendighet. Dette kan gå på bekostning av hva det offentlige skal bidra med, og at dette sees gjennom stadig begrensede velferdsytelser og at tjenestene blir mer behovsprøvde, samt at det kan se ut som det er trekk ved individet som avgjør om det får innvilget en tjeneste eller ikke.

### 2.6. Kvalitet på tjenestene

De nasjonale målene for god kvalitet i helse- og omsorgstjenester er at de skal være tilgjengelige innenfor forsvarlig ventetid og at tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosial bakgrunn og bosted. Kvalitet består av elementer som endres over tid og som vektlegges og vurderes ulikt,

avhengig av ståsted og egne oppfatninger. Kvalitetsbegrepet er på denne måten en subjektiv verdi som vil variere fra en person til en annen. Det er hele tiden et spørsmål om prioriteringer, men det forventes at til tross for knapphet på ressurser, så er det viktig at man får mest mulig ut av ressursene, uten at det går utover kvalitet. Det er formulert dimensjoner ved kvalitet som sier at en tjeneste skal være:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involvere brukere og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt (St. meld.nr 10 (2012-2013)).

## 2.7. Koordinerende enhet

I følge § 7-3 i helse- og omsorgstjenesteloven skal det finnes en KE for rehabilitering og habilitering i en kommune, og er kommunen stor, som i Oslo, skal det være en KE i hver bydel. Forankring av enheten påpekes som et viktig forutsetning for enhetene Helsedirektoratet, 2015). Hovedoppgavene til KE er å ta imot henvendelser om IP og skal også sørge for at koordinatorene og deres ledere får den kompetansehevingen som trengs, slik at de vet hva ordningen innebærer, hva IP er, og hvordan koordinatorjobben skal organiseres (Helsedirektoratet, 2010). God opplæring av koordinatorene er viktig for å sikre både rekruttering og at tjenesteyterne blir trygge i rollen som koordinatører. Felles opplæring på tvers av sektorer, etater og nivåer kan være et tiltak som kan bidra til felles forståelse og samarbeid (Helsedirektoratet, 2010). Temaer som møteledelse, kjennskap til offentlig forvaltning og opplæring i rutiner og verktøy kan være nyttige tema å legge vekt på i koordinatoropplæringen. Koordinerende enhetene skal også fungere som knutepunkt for råd og veiledning om ordningen. Derfor er det viktig med informasjon om og synlighet av enheten. Lokaliseringen av enheten er ikke presisert i lovverket, men oftest er den tilknyttet søknadskontoret (Helsedirektoratet, 2015). Å lede en koordinerende enhet krever god oversikt, kunnskap og innsikt i hvordan forvaltningen fungerer (Helsedirektoratet, 2015). Koordinerende enhet omtales som «enheter», selv om de ikke nødvendigvis er en organisatorisk enhet (Helsedirektoratet, 2015). I kraft av sin rolle kan KE ofte avdekke svakheter og barrierer i blant annet samhandling, og bør derfor bidra kontinuerlig i kvalitetsutvikling av forbedringsområder (Helsedirektoratet, 2015).

## 2.8. Koordinerende enhet som setting

Koordinerende enhet skal støtte personlig og sosial utvikling ved å blant annet sørge for informasjon, kunnskap og bedre samhandling mellom ulike instanser rundt bruker. Dette gjelder direkte og indirekte da koordinerende enhet skal være knutepunkt for bruker, pårørende og ansatte i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helse påvirkes av ulike arenaer og det er koordinerende enhet sin funksjon å samordne brukers arenaer for å se på brukers ressurser og utfordringer og tilpasse tiltak som på best måte kan utjevne ulikhet i helsen til brukere (Helsedirektoratet, 2015, St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Arbeidet med rutiner, opplæring av koordinatorene og saksbehandling av IP-relaterte saker vil representere eksonivået med tanke på Bronfenbrenner (1979) sin sosialøkologiske forståelsesmodell. Dette nivået består av ulike settinger som brukere selv ikke deltar i, men som kan påvirke og påvirkes av vedkommende (Rønningen, 2003). Påvirkningen av mikronivå, der brukere er, skjer direkte mellom kontakten med koordinatorene, men indirekte av hvordan opplæringen, rutiner, prosedyrer og oppfølgingen av koordinatoren er organisert av KE. Det å se de ulike nivåene i Bronfenbrenners modell i sammenheng og hvordan de påvirker hverandre er av stor betydning for forståelsen og arbeidet i KE.



Fig.2 Bronfenbrenner sosialøkologiske modell



## 2.9. Koordinerende enhet som tre idealtyper

### 2.9.1. Koordinerende enhet underlagt en tjenesteenhet

Den koordinerende enheten er her underlagt en eksisterende enhet. Oppgaver relatert til IP og koordinator må dele plass med enhetens egne oppgaver. Enheten kan bli lite synlig for brukere og for andre tjenesteytere. Når enheten er på en måte likestilte, vil det kunnes forsterke samhandlingsproblemene dersom enheten ikke har blitt tildelt noen myndighet ovenfor de andre.

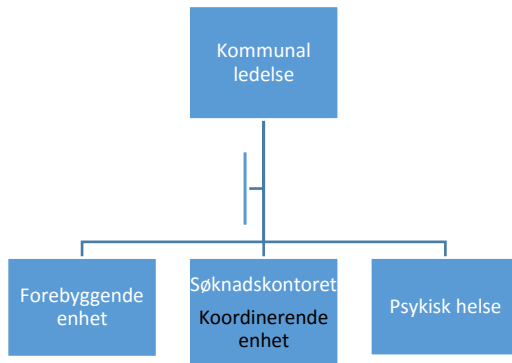


Fig.3 Koordinerende enhet underlagt en eksisterende enhet

### 2.9.2. Koordinerende enhet underlagt søknadskontoret

En enhet underlagt vedtakskontoret har ofte tillagt ordningen med IP, men gjerne da kun at enheten fatter vedtak på søknader om IP. Fordelen med en slik organisering, er at de er synlige og bruker vet hvor å henvende seg, og har i tillegg vedtaksmyndighet. Ulempen også her er at andre oppgaver kommer i tillegg til KE sine oppgaver.

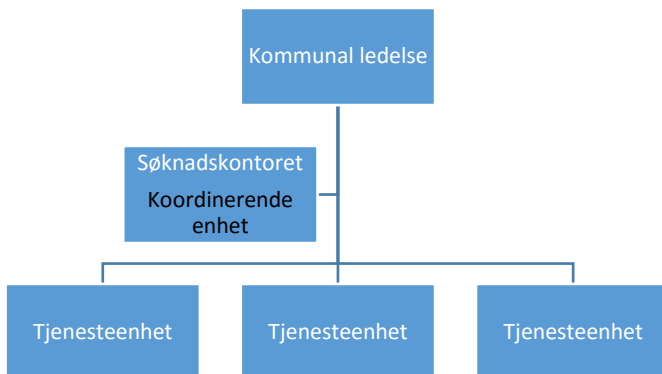


Fig. 4 Koordinerende enhet underlagt søknadskontoret

### 2.9.3. Koordinerende enhet underlagt et kollegialt team

Den tredje typen er en enhet egen organisatorisk enhet, som ofte er et kollegialt team eller utvalg som møtes ved behov eller fast. Organiseringen symboliserer rehierarkisering av struktur ved at man danner tverretatlige instanser på tvers av enheter og sektorer. Fordeler er at ordningen er fleksibel, krever færre personer og de har ofte fokus på ordningen IP og koordinator. Ulempen er at de kan bli utilgjengelig for bruker og andre samarbeidspartnere (Breimo og Thommesen, 2012).

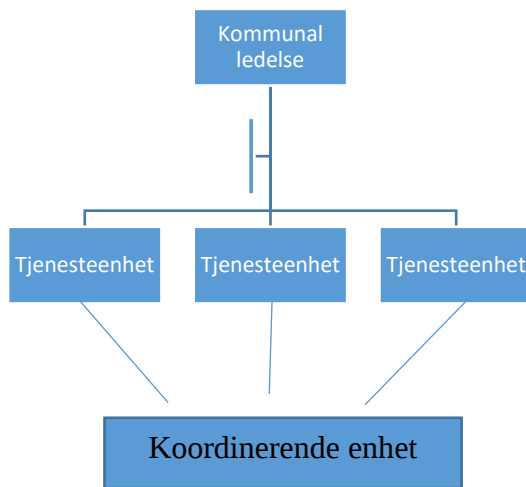


Fig.5 Koordinerende enhet underlagt et kollegialt team

### 2.10. Individuell plan

IP har mange beskrivelser og funksjoner. Den kan beskrives ut i fra sin lovmessige tilknytning, jf § 2-5 i pasient og brukerrettighetsloven (Lovdata, 2016). Det kan beskrives som et verktøy, (som nå er web-basert i hele Oslo kommune), en prosess og et dokument. IP er i dag hjemlet i Barnevernsloven og i opplæringsloven, men i opplæringsloven er det kun plikter om å delta i arbeidet (Breimo et al. 2015).

Retten til IP favner vidt. Både i innhold og målgruppe, da den gjelder for alle som har behov for langvarige og sammensatte tjenester, uavhengig av alder, diagnose eller hjelpebehov. Samordning av tjenester gjennom individuell plan skal bidra til at brukere oppnår større oversikt, helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud, som igjen skal føre til egen læring, motivasjon, økt funksjon- og mestringsevne, likeverdighet og deltagelse (Helsedirektoratet, 2015 s. 9) I utgangspunktet kan planen inneholde alt av betydning som bringer brukeren til å nå sine mål. Ordningen er i så måte fleksibel, da den har svært få juridiske regler for hvordan

den skal utformes (Breimo, 2015). Brukermedvirkning er i fokus, og det skal legges til rette for at brukeren kan delta aktivt i planen (Helsedirektoratet, 2015, Breimo et al. 2015). Å delta i ordningen med Individuell plan er en frivillig, noe som innebærer at personen samtykker til deltagelse, og kan avslutte planen når det passer brukeren. Ofte får man benevnelsen «planeier», da det er kun en plan for hver bruker. Det er et helt sentralt poeng at bruker skal medvirke i planarbeidet. Dette krever at bruker har en aktiv del i planen, så vedkommende har et eierforhold til innholdet (Helsedirektoratet, 2010). I henhold til artikkel 12 i FNs konvensjonen om barns rettigheter, har også barn rett til å uttale sine meninger i alle forhold som angår dem (Østesjø & Øien, 2012).

Formålet med IP er å:

- Bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- Sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for planen.
- Kartlegge brukers mål, ressurser og behov
- Sørge for å styrke samhandling mellom bruker og tjenesteyter, og tjenesteyter seg imellom (Helsedirektoratet, 2010)

IP er ikke et mål i seg selv, og planen har liten verdi hvis den ikke har noen betydning for tjenesteapparatet. Den utløser ingen tjenester, men kan bidra til å utløse nødvendig hjelp (St.prp.nr 91 L (2010-2011) Det formelle ansvaret for å IP ble lagt til KE i 2012 i forbindelse med da den nye helse- og omsorgstjenesteloven kom (Helsedirektoratet, 2015, Breimo, 2015).

### 2.11. Koordinatoren

Koordinatorrollen er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Der står det at for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunene tilby koordinator til å utarbeide en IP, men brukere kan takke nei til IP og likevel få tildelt en koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med IP (Helsedirektoratet, 2015).

Å være en koordinator gjelder for alle ansatte i helse- og omsorgstjenesten på kommunalt og statlig nivå, og er derfor profesjonsnøytral. Det stilles ingen formelle kompetansekrav for å være koordinator. Rollen ivaretas gjennom veiledning, opplæring og støtte fra ledelsen og systemet for øvrig. En særskilt oppfølging vil man kunne forvente av KE jamf. oppgavene deres. (Helsedirektoratet, 2010).

### 2.12. Innføring og utfordringer med nettbasert IP

I samarbeid med Lovisenberg sykehus, ble det i 2010 startet opp et prosjekt for på etablere et felles IKT verktøy for arbeidet med individuell plan i Oslo kommune. ACOS IP ble valgt som leverandør for det web-baserte verktøyet. Helseetaten fikk oppdraget med å innføre verktøyet i alle bydelene i Oslo kommune i løpet av perioden 2013 og 2016.

Verktøyet skal i utgangspunktet kunne gi planeier og tjenesteytere på tvers av etater og nivåer tilgang til planen til enhver tid. Systemet fungerer for plan, innkalling til møter, referat og historikk på ett sted.

Noen juridiske utfordringer har likevel oppstått når det gjelder å kunne samhandle med andre enn kommunalt ansatte i ACOS IP. I 2015 kom helseregisterloven med tilhørende forskrifter. Herunder ble det også regulert hvordan samhandling på tvers kunne forgå. Loven sier at det må foreligge en avtale mellom de partene som skal bruke verktøyer i bunn før alle kan bruke verktøyet. Dette er en avtale som må inngås av byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester. Frem til dette er på plass, kan ikke spesialisthelsetjenesten, fastlegene og BUP (Barne- og ungdomspsykiatri) ikke logge seg på verktøyet, men inkluderes i arbeidet på den «gamle måten» ved å forholde seg til planen i papirform (Helsedirektoratet, 2015).

### 2.13. Menneskelig adferd

Busch, Dehlin og Vanebo (2010) beskriver organisasjoner som åpne system som hele tiden konstitueres i samspill med omgivelsene, hvor man ikke ser på organisasjoner som ting eller systemer, men på de menneskelige handlingene som til enhver tid skaper det vi kjenner igjen som organisasjoner. De hevder videre at det grunnleggende elementet i alle organisasjoner er menneskelig adferd. Dette kan man forenklet si, påvirkes av to forhold. Den ene er det som ligger i selve individet og det andre er reguleringer fra omgivelsene. Av personlige egenskaper fremheves kunnskap, motivasjon, følelser og normer og verdier. Påtrykk fra omgivelsene handler om hvilken type ledelse, kulturelle forhold som preger miljøet og formelle strukturer og forventninger. Gjennom praksis så lærer man nye ferdigheter og egenskaper kan endres og evne til å gjennomføre endringer av ytre rammer og slik fortsetter syklusen.

### 2.14. Menneskesyn

Lingås (2013, fremhever hvordan ulike menneskesyn som han mener preger velferdsstatens behandling av brukere, og at problemforståelsen som ledes ut fra menneskesynet kan påvirke

hvilken praksis man fører i møte med mennesker. Han fremhever tre menneskesyn, hvor et ene er det deterministiske, hvor mennesket er ofre for ytre krefter uten særlig evne til å endre sin løpegang. Mennesket fritas fra ansvar. Problemforståelsen med dette som utgangspunkt, ender ofte i en kjede med tiltak ovenfor problembæreren som skal støtte de udekte behovene. Noen kaller det snillisme og å sy puter under armene til folk. Det andre menneskesynet, voluntarisme, ser på mennesket som ansvarlig for sin situasjon, og kan bli møtt med frastøting og stigmatisering. Det siste menneskesynet, det dialektiske, ser på mennesket som produkt og produsent av sine omgivelser og problemforståelsen ser på mennesket som undertrykte grupper. De er de syke, de fattige og de funksjonshemmede. De kan både være undertrykte av andre, men også av seg selv.

Empowerment er en grunnverdi i det helsefremmende arbeidet, og alle individ skal sees på som likeverdige samarbeidspartnere (Stang, 2003). Green og Tones (2010) er blant annet kritiske og bekymret for, er om det skapes et avhengighetsforhold mellom de mest maktesløse gruppene og samfunnets hjelpeinstanser. På en side kan de hjelpe ved å snakke deres sak, men på en annen side kan hjelpen forsterke passiviteten og maktesløsheten ved at de tar over kontrollen som brukeren burde fått hjelp til å gjenvinne selv. All makt som er overgripende og blir påtvunget spiller i utgangspunktet ikke på lag med helsehensynet (Green & Tones, 2010).

### 3. TIDLIGERE FORSKNING

Siden 2001 har det vært gjort flere undersøkelser og studier på både individuell plan og koordinerende enhet. I 2009 viste tall fra Helsedirektoratet at 77% av kommunene hadde etablert en KE, men at det er stor variasjon på organiseringen av enheten (Rambøll, 2010). Mye tyder på at det innvilges for få planer enn egentlige behov (Rambøll, 2011), ordninger er brukt på andre måter enn det den er tiltenkt (Breimo, 2012) rekrutteringen av koordinatorene er vanskelig (Rambøll, 2010) og det rapporteres om manglete forankring av enhetene (Helgesen, 2006, Helsedirektoratet 2010, Bakke, 2011). Ved etablering av enhetene fulgte det ingen ekstra midler (Thommessen, 2010) Det ble heller ikke gitt noen føringer for hvor og hvordan implementeringen skulle gjøres.

Rambøll gjorde i 2010 en undersøkelse på oppdrag av Helsedirektoratet, hvor de så på fem kommuner og hvilke suksessfaktorer som er av stor betydning for å få en velfungerende koordinerende enhet. Deriblant ble forankring, legitimitet og myndighet fremmet som helt essensielle faktorer. Rapporten påpekte at KE bør ligge utenfor andre tjenesteenheter for å reell forankring i organisasjonen, og dermed større mulighet til å påvirke de andre samarbeidende tjenesteenhetene, det ble også fremhevet viktigheten av at enheten ble legitimert som en sektorovergripende funksjon.

En undersøkelse av TNS-gallup (2007), viste at en forutsetning for at tjenesteyterne brukte IP, var at de hadde kunnskap om ordningen, og da Grut (2008) gjorde en metaanalyse basert på denne undersøkelsen, kunne man antyde at det hadde skjedd en positiv utvikling i forhold til fagfolks kjennskap til ordningen.

Thommessen, Normann og Sandvin, (2008) fant imidlertid i sin studie, at mange tjenesteytere og ledere var generelt skeptisk til ordningen, og at det var knyttet til forestillinger som ikke hadde rot i det juridisk grunnlag for i IP. Dette kan være grunnen til at man kan se så mange forskjellige måter å bruke IP på (Breimo, 2012). Tilbakemeldinger fra kommuner er at planarbeidet oppleves som både tid- og ressurskrevende, og mange velger heller andre måter å jobbe på, uten samme type formalisering (Helgesen, 2006, Anderson og Steihaug, 2008).

Helsetilsynet gjorde i 2006 og 2007 et landsomfattende tilsyn, og konkluderte med at tjenesten i noen kommuner er både personavhengig og at var store variasjoner innad i kommunene for hvordan ordningen ble praktisert. Mange brukere i undersøkelsen til Thommesen (2008) hadde IP, men var ikke klar over om de hadde hverken en IP eller en koordinator. Flere rapporter viser også at gruppen barn og unge med psykiske helseproblemer er særlig lite representert med IP,

og at det i denne gruppen var svært få som viste om muligheten (Lundeby og Tøssebro, 2004, Myrvold og Helgesen, 2005).

I følge Tosterud (2007) er det imidlertid ikke IP det er noe galt med, men settingen den blir introdusert inn i. Han mener at mange blir motvillige på grunn av travelhet, som gjør at enhetene konsentrerer seg om egne lovpålagte oppgaver. På den måten blir de lite villige til å delta i arbeide som ikke er strengt tatt nødvendig.

Holck (2004) mener på sin side at den største utfordringen til bruk av IP ligger i de organisatoriske forholdene. De kommunale tjenestene er ikke tilrettelagt for å yte helhetlige tjenester etter måten IP er lagt opp. Det synes som om det tas for tett på de utfordringene som ligger i tverrfaglig samarbeid i praksis. Koordinatoren ender ofte opp med å skulle gjøre alt arbeidet med å samle trådene i saken, samtidig som de andre samarbeidspartnere tar for lite ansvar for felles løsninger for brukeren, og resultatet blir at IP fungerer dårlig som verktøy og koordinatorarbeidet oppleves arbeidskrevende. I tillegg viser studien til Hansen (2007) at ulik faglig ideologi, sammen med komplisert kommunal organisering, svak samarbeidskompetanse og ulike holdninger ser ut til å være hemmende faktorer for bruk av IP og ikke en grunn til å bruke verktøyet.

Og det finnes noe litteratur fra kommuner som har god erfaring med å bruke IP. De mener at det stimulerer til godt samarbeid mellom tjenesteyter og bruker, og at det gir bedre mulighet for å tilpasse tjenestene til den enkelte. De oppgir i tillegg at det mer spennende å jobbe på denne måten og brukerne er generelt mere fornøyde (Hem og Skøyen, 2006, Thommesen 2008, Hem og Gundersen, 2007).

I Rambøll sin studie «Perspektiver på god praksis» (2010), påpekte de blant annet hvor utfordrende det var å spre tilstrekkelig informasjon og lage gode prosedyrer og kvalitetshåndbøker. Dette er et viktig poeng, da dette kan gi koordinatorene tro på at de er i stand til å utføre jobben, og at de blir mer effektive i den tiden de bruker på koordinatoroppgaver. Effektivitet og økt brukermedvirkning har også vært pådriverer på å få innført nettbasert løsning for IP. Brown (2010) skriver i sin artikkel om innovasjon, at ved innføring av nye verktøy for organisering av sosialt arbeid, er det knyttet høy risiko, da det involverer mennesker i en ofte sårbar situasjon. Faren er stor for at man får uintenderte negative konsekvenser og gjør livet vanskeligere enn lettere for menneskene.

Det forskning viser i forhold til koordinatoren er at denne rollen har en helt sentral del av ordningen med IP. Rollen er først og fremst viktig når det gjelder å få gjennomført arbeidet med

IP, men også fordi det er viktig for andre tjenesteytere og for brukeren og ha en sentral person å forholde seg til, i stedet for et fragmentert tjenesteapparat (Hansen, 2007).

Forskningen viser det er svært forskjellig hvordan det oppleves å være koordinator. Noen opplever rollen som noe utydelig, mens andre er begeistret og er opptatt av at rollen kan tilby nye og spennende oppgaver (Thommesen et. al. 2004). Undersøkelser viser at oppgaver og ansvar kan variere fra en kommune til en annen, men også innad i kommunen (Helsetilsynet, 2006) Mange studier viser at det er vanskelig å rekruttere koordinatorene, og dette knyttes til at det oppleves som vanskelig å gjøre en god jobb, og at det kommer på toppen av ordinære oppgaver. Dette kan unngås med god opplæring, som ikke bare gir informasjon, men også gir dem tro en på at de kan gjøre en god jobb og at den kan gjøres på en effektiv måte (Rambøll (2010). Viktigheten av koordinatorene kommer fram i brukerundersøkelse utført av Rehab-Nor, som i 2006 viste at 70% av informantene så på denne rollen som viktigere enn selve planen. De forteller at koordinatoren har representert en viktig avlastning for koordineringen de selv sto for tidligere (Lorentsen & Berge, 2006). Thommesen, et al. (2008) viser hvordan brukere beskrev koordinatoren som en; *rydder, samtalepartner, ringrev, og pådriver*. En dyktig koordinator er på mange måter den som ser ut til å avgjøre om samarbeidet mellom tjenesteyter og bruker oppleves godt og hensiktsmessig (Ellingsen, 2006). Rapporten «Jeg har en plan» av Bakke (2009) fremhever også koordinatoren som helt sentral person i arbeidet med den individuelle planen.

Forskning rundt IP og KE kan vise til både positive og negative sider ved ordningen. Samtidig viser forskning at når ordningen fungerer, så opplever brukere seg sett, hørt og møtt med respekt. Deres situasjon blir systematisert og organisert gjennom brukerens mål hvor alle aktørene drar i samme retning for å nå disse målene (Lorentsen og Berge, 2006).

Samtidig viser forskning at ikke alle brukere deler denne positive opplevelsen. Planer blir ikke brukt, lest eller fulgt opp på andre måter og mange, særlig foreldre må trå til likevel (Lorentsen og Berge, 2006, Helsetilsynet, 2006). I andre studier har man sett også sett at foreldrenes ressurser og kompetanse ser ut til å være avgjørende for å ivareta barnas interesser (Thommessen, 2008). Hvilken betydning planen får, kan derfor være avhengig av blant annet hvilken status IP har i bydelen og i den praktiske tjenesteytingen (Breimo et al. 2015).



## 4. PROBLEMSTILLING

Ordningen individuell plan og koordinator er et sammensatt ordning som inneholder flere elementer, og vil derfor kunne praktiseres og forstås på utallige måter. Koordinerende enhet representerer hvilket fokus denne studien skal ha i forhold til ordningen.

Koordinerende enhet og ordningen individuell plan er verktøy som skal sørge for bedre samhandling for brukere med behov av langvarige og sammensatt tjenester. Denne oppgaven har til hensikt å få kunnskap om ordningen fra et systemperspektiv, og problemstillingen er som følger:

### **Hvordan blir individuell plan ivaretatt av koordinerende enhet i Oslo kommune?**

For å presisere problemstillingen, ble det utarbeidet følgende forskningsspørsmål.

1. På hvilken måte blir koordinerende enhet organisert?
2. Hvilken oppfatning har de ansatte i koordinerende enhet av på ordningen?
3. Hvilke personlige egenskaper hos koordinatorene anses som viktige for å ivareta ordningen?

#### 4.1. Avgrensninger

Ivaretagelse kan bety så mangt, men menes i denne studien hvordan de *sikrer og passer på* ordningen. Av informanter er det valgt å inkludere kun de som representerer systemnivået, fordi de ansees å ha mest kjennskap til ordningen. Systemnivået inkluderer ingen ledere på administrativ nivå. Det betyr at bydelens overordnede plan og strategi ikke er undersøkt nærmere. Det er heller ikke tatt med noen tjenesteytere som fungerer som koordinatører, hvilket kan gi et noe ensidig bildet av hvordan ordningen ivaretas i praksis. Det ble besluttet å begrense studien til Oslo kommune. Dette ble gjort for å lettere fokusere på koordinerende enheter innenfor en gitt ramme, og uten å skulle håndtere kommunale forskjeller. Av de 14 bydelene, ble utvalget begrenset til syv informanter. Hvis utvalget ble for snevert, kunne antallet øke ved å trekke ut flere bydeler til å delta. Det ble derimot avgjort av seg selv, da det var flere bydeler som av ulike årsaker ikke kunne delta i studien.

## 5. METODE

### 5.1. Forskningsdesign

Et forskningsdesign er en beskrivelse av den overordnede planen for hvordan studien skal gjennomføres i forhold til å innhente data og analyse av disse for å kunne svare på problemstillingen (Johannessen et al. 2010).

For denne studien er det er valgt å gjøre en kvalitativ forskningsmetode ved bruk av individuelle dybdeintervju. Metoden ble valgt fordi den egner seg godt for å innhente «tykke» beskrivelser av et gitt fenomen gjennom informantens beskrivelser, erfaringer og tolkninger gjennom besvarelser av nøye utvalgte spørsmål. Metoden er også egnet når man har å gjøre med få enheter og det er interessant å høre den enkeltes meninger og forståelse.

Strengt tatt, kunne man, basert på problemstillingen, også valgt en kvantitativ metode, men da hadde man ikke hatt fordelen med den fleksibel tilnærming en kvantitativ undersøkelse har. Jeg var heller aldri interessert og kvantifisere ved å se på antall planer som bydelene oppretter, eller på andre måter sammenlikne bydelene. Kvalitativ metode er i tillegg mindre rigid og kan i mye større grad utvikles sammen med studien (Polit & Beck, 2012). Valg av metode gjenspeiler hvor troverdig resultatene man har innhentet er i forhold til om man har målt det man sier at man skal måle (Johannessen et al.2010).

### 5.2. Vitenskapsteoretisk ståsted

Å utforske hvordan ivaretagelse av en ordningen fremstår gjennom informantenes beskrivelser kan knyttes til epistemologisk kunnskapsfilosofi. Ved gi seg hen til dette tankesettet, betyr det at man godtar kunnskap som er ervervet gjennom observasjon, tolkning og forklaring. Kvalitativ kunnskap kan ikke regnes som en absolutt gyldig, da man aldri kan være sikker på om man får med noe mer eller noe annet enn det fenomenet som studeres. Egen erfaring med ordningen individuell plan og koordinator og forskningsbasert kunnskap om temaet har ført til en fortolkningsbasert tilnærming til denne oppgaven, hvor det er forsøkt å tolke informantenes utsag opp mot relevant teori. Jeg har vært ut etter deres subjektive meninger og opplevelser for så å komme til en allmenngyldig erkjennelse basert på dette materialet. Dette beskrives som en hermeneutisk tilnærming til forskning, der man tar utgangspunkt i at virkeligheten består av subjektive opplevelsen til hver enkelt. Det forventes ikke å få et korrekt bilde av hvordan virkeligheten egentlig ser ut, men man tar standpunkt om at virkeligheten er slik den fremtrer for oss (Busch, 2013). Studien beskrives som induktiv forskning, da det er empirien som gir

forståelsen av hvordan ordningen ivaretas og der teorien utledes fra. Et viktig moment, som nevnt tidligere, induktiv forskning og dens resultater og konklusjoner vil alltid ha usikkerhet ved seg og kan aldri hevdes med sikkerhet (Nyeng, 2012).

### 5.3. Hermeneutisk sirkel

Hermeneutisk tekstfortolkning og bearbeiding av datamaterialet betegner en kontinuerlig vekslning mellom forforståelse og ny forståelse ved å se deler av teksten i lys av andre deler, helheten i forhold til delene og delene i lys av helheten. Dette fortsetter til teksten oppfattes som konsistent og sammenhengende (Polit & Beck, 2012). Dette blir mer belyst i gjennomføring av analyse av materialet.

### 5.4. Forskerens forforståelse

I kvalitativ forskning er forskeren selv et verktøy og må derfor gjøres rede for slik metoden i det foregående er gjort rede for.

Forforståelse kan deles inn i en faglig som er forskerens teoretisk kunnskap og en mer hverdagslig del som er forskerens erfaring som menneske. Denne «ryggsekken» har forskeren med seg inn i forskningen og har betydning for utvikling av tema, problemstilling, utføring av intervju og analyse av resultater. Eller sagt på en annen måte, alt som angår studien «siles» gjennom forskerens filter av forforståelse. Det er derfor viktig at det tilstrebes å være mest mulig tro mot det informantene har fortalt.

Tilnærmet alle informantene er personer jeg har møtte tidligere gjennom andre sammenhenger, hvor vi har diskutert utfordringer og god praksis med hverandre. Dette har gitt meg en viss oversikt av status i de ulike bydelene.

Som bakgrunn er jeg utdannet sykepleier med spesialisering inne syke barn og ivaretagelse av deres familie. Jeg har to års erfaring som kommunalt ansatt i KE i en bydel i Oslo kommune. Jeg har fungert som koordinator ved flere anledninger, og utarbeidet noen få individuelle planer, og kan derfor si at jeg har god kjennskap til feltet jeg skal undersøke.

Dette til sammen gjør at jeg anser min faglige og erfaringsmessige bakgrunn som relevant i forhold til å vurdere studiens materiale. Utfordringen har vært å skille studiens fokus fra jobbens i planleggingen. Når intervjuene var gjort, ble det mye tydeligere skille mellom disse to ståstedene. Samtidig er mye kunnskap intuitiv og vil påvirke forskningsprosessen uten at jeg er

bevisst dette (Johannessen et al., 2010). Fordeler med forforståelse og inneha egen erfaring om temaet kan være en styrke siden jeg kjenner til ordningen, sjargongen og terminologien og har derfor god mulighet til å stille gode spørsmål- og oppfølgerspørsmål, noe som gjør undersøkelsen mer presis. Derimot kan dette være en svakhet hvis mine erfaringer og tanker om temaet gjør at jeg overtolker eller det informantene sier til å bekrefte eller avkrefte mine antagelser (Kvale & Brinkman, 2009).

## 5.5. Utvalg og utvalgsstrategi

### 5.5.1. Oslo kommune

Å velge Oslo kommune har vært et bevisst valg av flere grunner. Geografisk er Oslo nærmest og har ført til at studien har vært praktisk gjennomførbar.

Oslo representerer forøvrig en variert befolkningsmasse med ulike etnisk bakgrunn og store forskjeller i levekår både Oslo generelt og innad i bydelene (Helsetilsynet, 2014). Dette vil kunne gi uttrykk for ulike behov i befolkningen, noe som igjen kan påvirke KE ivaretagelse av ordningen.

Kommunen er inndelt i 15 bydeler, hvor hver bydel styres politisk av et bydelsutvalg. Bydelenes oppgaver er i hovedsak knyttet til omsorgstjenester i hjem og institusjon, barnehager, barnevern, forebyggende helsetjenester og en del nærmiljøtiltak. Bydelene har videre – i samarbeid med NAV – ansvaret for sosialtjenestene, herunder tildeling av økonomisk sosialhjelp. Bydelene utfører dels tjenester med eget personell, dels har de bestillerfunksjon (Wikipedia, 2016). De koordinerende enhetene forholder seg til bydelen som styringsorgan, selv om sentrale føringer fra kommunen er likt for alle.

At ingen har gjort en tilsvarende studie i Oslo tidligere har også bidratt til valget.

### 5.5.2. Utvalgskriterier

Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter. Det vil si informantene i denne studien skulle være ansatte i KE eller som var nært knyttet til KE, samt god kjennskap til ordningen og i Oslo. Det ble ansett som for mange å intervju alle bydelene i kommunen, derfor måtte det i den videre prosessen, gjøres en vurdering i forhold til hvem som skulle inkluderes eller ikke. Ulike metoder ble vurdert. Jeg gikk gjennom Oslostatistikken å så på fordeling mellom bydelen i forhold til antall individuelle planer som var opprettet i løpet av 2015. Dette viste tydelig stor

variasjon i antall planer og jeg vurderte en stund å la det være en strategi- å velge de med flest- minst- median osv. Det ble også vurdert å dele Oslo i øst, vest, nord, sør slik at alle kantene ble sikret inkludert, men jeg så ikke noe poeng i hverken den ene eller andre måten i forhold til å besvare problemstillingen. Dessuten, hvis det ble frafall ville poenget med denne inndelingen bli borte. Det ble vurdert at tilfeldig utvalg gjennom loddtrekning var beste måte å velge halvparten av de 14 bydelene.

Helseetaten var behjelpelig med å gi kontaktinformasjon til aktuelle personene i de ulike bydelene, da de nettopp har initiert i nettverkssamarbeid mellom kommunens koordinerende enheter.

Før utvalget kunne kontaktes, ble det ved en tilfeldighet opplyst om at prosjektet burde meldes til NSD (Norsk Senter for forskningsdata AS). Dette satte prosjektet uventet på hold, men etter behandling av NSD ble forespørsler sendt til syv bydeler per mail. To bydeler ga raskt beskjed om at de ikke kunne delta, derfor ble det trukket to nye bydeler som fikk forespørsel. Det kom ytterligere noen reservasjoner, noe som førte til at det til slutt ble sendt ut forespørsel til alle bydelene. En bydel ville gjerne være med, men var usikker på når kunne stille på intervju. De som takket ja, avtalte tidspunkt i løpet av en og halv uke og ingen avlyste. En bydel delegerte oppgaven til en ansatt som kjente til ordningen godt. Det ble til sammen gjort seks intervju. Alle var kvinner. Og i gjennomsnitt hadde de godt og vel 20 års erfaring med kommunalt arbeid.

## 5.6. Datainnsamling

Det ble gjort to prøveintervju før den endelige intervjuguiden var ferdig revidert og klar for bruk. Disse fungerte som en test i teknisk utstyr, spørsmålsformulering og rekkefølge på spørsmålene. Intervjuene varte fra 40- 75 min, og alle intervjuene ble tatt opp på bånd.

Intervjuguiden ble utarbeidet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Til sammen ble det 16 spørsmål med to spørsmål med underspørsmål i en relativt stram struktur. Spørsmålene var åpne og rekkefølgen satt opp for at hvert spørsmål skulle naturlig lede til neste (Kvale og Brinkman, 2009).

Det ble lagt til rette for at informantene kunne velge fritt tid og sted for hvor intervjuet skulle finne sted. Alle informantene ønsker å gjøre intervjuene på sin arbeidsplass i arbeidstiden.

Alle informantene hadde enten underskrevet samtykkeskjema på forhånd eller gjorde det før intervjuet startet. Jeg hadde intervjuguiden på PC, mens alle informantene fikk den skjematiske

fremstillingen av de ulike idealmodellene av KE hadde jeg printet ut på ark, slik at de kunne peke ut hvilken modell som passet deres enhet best. Stemningen i rommet ved gjennomføringen opplevde jeg som rolig og det ble lagt inn naturlige pauser mellom hvert spørsmål.

Noen av informantene svarte utover det som var spørsmålet, derfor ble spørsmålene justert etter det de svarte. Dette er en av fordelene med metoden, den er fleksibel (Polit o& Beck, 2012).

### 5.7. Transkribering

Intervjuene ble transkribert av meg selv innen to-tre dager etter at intervjuet ble gjort. Opptakene var av ypperlig lyd kvalitet og alle intervjuene ble skrevet ned ved bruk av samme fremgangsmåte. De ble transkribert ordrett i sin helhet, samtidig som jeg hørte på opptaket. Ved lange setninger stoppet jeg opptaket, skrev ferdig setningen, og gikk deretter videre. Etter at alle intervju var skrevet ned, hørte jeg igjen på opptaket og fylte inn mangler. Ord og uttrykk som hmm, kremt og latter, da informantens sinnstilstander ikke ble vurdert som viktig for videre analyse og derfor utelatt.

### 5.8. Dataanalyse

Tekstanalysen er inspirert av Kvale og Brinkman (2009) sin retningslinjer for innholdsanalyse. Kvalitative analyser har ingen universelle regler for hvordan analysen skal utføres. Analysen er ment å skulle bearbeide store mengder data gjennom å splitte opp, organisere og sette sammen igjen. Det er derfor gjort egne valg basert på hva som virket logisk og strategisk underveis.

Alle intervjuene ble lest for å få et helhetsinntrykk. Deretter ble meningsbærende ord og setninger i kommentarfelt fra hvert avsnitt ble trukket ut i margin. Det ble skrevet midlertidige overskrifter/nøkkelord slik at de ble lettere å kategorisere i etterkant. Her var det ad hoc temaer som ble overskriften. Disse ble printet ut og klippet opp. Tekstbiter som hadde noe til felles ble samlet. Jeg begynte med 13 hovedkategorier. Disse ble deretter kategorisert og sortert under de tre forskningsspørsmålene med flere underkategorier som da ble utgangspunkt for beskrivelse av empiri. Underkategorien ble redusert ved at noen kategorier ble slått sammen. Deretter ble det gjort en sammenstilling av materialet som det fremgår i resultatdelen.

### 5.9. Metodiske avveininger og etiske aspekter

Det var en avveining å ta om det skulle gjøres en fokusgruppe i stedet for individuelle intervju. Fokusgruppe kunne gitt en livlig diskusjon om ordningen, men jeg ønsket å høre enkeltpersonenes meninger og fortolkninger. Samtidig vurderte jeg de praktiske hindringene ved å samle (de til slutt) seks informanter på ett gitt sted og tidspunkt til å bli for krevende å få til. Individuelle intervju ga en fin mulighet for fleksibilitet og hver informant fikk fortelle fritt uten å bli avbrutt eller påvirket av andre informanter. Sitatene som er valgt ut er gjengitt så ordrett som mulig, men det er gjort noen språklige forbedringer for at teksten skal bli mer lesbar.

Norge fikk i 2007 lov om forskningsetikk som gikk ut på at forsøkspersoner ikke må utsettes for skade og at all deltagelse må være frivillig (Ringdal, 2013). Når man gjør kvalitative intervjuer, studerer man personers både erfaringer, følelser og holdninger til gitte tema, som senere publiseres for offentligheten. Kvale og Brinkman (2009) minner om at dette gjør slike studier til et minefelt av etiske problemstillinger som forskeren må være bevisst på i hele forskningsprosessen. Konfidensialitet i forskning innebærer at informantens identitet ikke kan gjenkjennes i empirien som presenteres i studien (Kvale og Brinkman, 2009). Bare jeg vet hvilke bydeler som takket ja til deltagelse, og navn nevnt under intervjuet ble utelatt ved transkriberingen.

Det ble tydelig når materialet skulle organiseres og kategoriseres, at noen bydeler skilte seg særlig ut i forhold til de andre enhetene. Det er derfor valgt å ikke beskrive organiseringen av KE detaljert, men valgt de store linjene i beskrivelsene, for å beskytte informantene. Informantene i denne studien er ikke å regne som en sårbar gruppe. De har derimot lik rett til anonymitet som hvilken som helst annen gruppe. Opptak og transkriberte intervju ble trygt oppbevart på pc, beskyttet med brukernavn og passord.

## 6. PRESENTASJON AV FUNN

### 6.1. Organisering av koordinerende enhet

Gjennomgående for alle informantene var at de var tilknyttet søknadskontoret (også kalt bestillerkontor eller vedtakskontor). Det vil si alle utenom en bydel, hvor KE var plassert høyere opp i organisasjonene, men hvor all saksbehandling av IP og koordinator ble gjort av søknadskontoret. Over søknadskontoret sitter som oftest assisterende- og bydelsdirektør.

Flere av informantene fortalte at de tilhørte ulike team med hovedsakelig barn med funksjonsnedsettelse som fokus, andre fortalte om øremerkende stillinger til koordinering og oppfølging av barn. Ellers var det det ulik møtevirksomhet som gikk på tvers av enhetene hvor saker ble diskutert, noen formelle med ledere og andre med ansatte fra «felten» hvor opplevelser og utfordringer ble diskutert. Tilnærmet alle beskrev et system for hvilke endringer som ble iverksatt når barn fylte ble 18 år. Da er de som voksne å regne og det er en litt annen oppfølging som følger. Informanten var ikke entydige på dette, for mens noen fulgte opp til de enten var klare til å avslutte, eller at en annen instans tok over, ble det hos andre avsluttet IP og koordinator, hvis ikke det var helt særskilt behov.

Alle informantene svarte bekreftende på at de hadde arbeidsoppgaver utover det som gjaldt ordningen med IP og koordinator. Både relatert til søknadskontoret med saksbehandling av andre tjenester innen helse- og omsorgstjenester, men også fordi flere av informantene hadde lederansvar med tilhørende lederoppgaver. Oppgaver som årlige opplæring av koordinatorene, ACOS IP- kurs, og saksbehandling av IP og koordinator var ofte delegert til andre ansatt i avdelingen. Stort sett var disse saksbehandlere på søknadskontoret. Det ble ikke spesifisert hvilken bakgrunn disse hadde.

Alle hadde flere års erfaring fra ulike stillinger i kommunen og sosialt arbeid. Det varierte hvor lenge de hadde sittet i sine nåværende stillinger, men alle mere enn 2 år. Alle enhetene besto forøvrig av personer med ulik fagbakgrunn, som for eksempel fysioterapeut og sosionom, og noen som nevnt var ansvarlig for enheten KE og leder for søknadskontoret.

#### 6.1.1. Synlighet

Informantene svarte litt forskjellig når de ble spurt om enhetens og ordningens synlighet. Mens noen var helt klare på at de var godt synlige gjennom plassering på søknadskontoret, men at de ikke nødvendigvis er å finne ved god skilting i eller på kontorbygning. En informant sa det slik:



*Vi er godt synlig, alle vet hvor søknadskontoret er, og alle henvendelser kommer inn hit på godt og vondt. Sykehuset og fastlege tar kontakt- alle kommer til oss. Brukere henvender seg også ofte til oss, så det er ikke noen problem. Vi er adressen inn (Informant- 3)*

Mens en informant fortalte at de var særlig godt kjent for de som kjente til helse- og omsorgstjenesteloven, svarte flere at de usikre på om KE og ordningen var tydelig nok for eksterne samarbeidspartnere som skole, fastlege, og at brukere var avhengig av «de der ute» informerte dem om ordningen. Informantens referanse til «de der ute» er nok mest sannsynlig tjenesteytere som for eksempel helsesøster, fysioterapeuter, sosionom som kommer i kontakt med brukere gjennom sin tjenesteyting. En informant sa at hun ofte kunne se på søknaden om bruker hadde vært i kontakt med en tjeneste eller spesialisthelsetjenesten og at det var sjeldent at bruker selv hadde funnet ut av ordningen. Andre refererte til nettsiden til Oslo kommune og informasjonen om ordningen der, men at det fortsatt ikke var bra nok og vanskelig å finne fram.

#### 6.1.2. Forankring

Alle informantene visste godt hvor deres KE var plassert i bydelen, men spørsmålet om forankring, ga noe sprikende svar.

Informantene svarte at forankringen i forhold til visse arbeidsoppgaver var god, for eksempel at ansvaret for søknadsvurdering av IP lå for det meste hos dem. Og slikt som kvartalsvis rapportering av antall opprettede planer som sendes videre sentralt i Oslo kommune. På spørsmål om stillingen deres manglet noe, svarte en bekreftende på at hun manglet myndighet til å påvirke andre tjenesteytere. De andre opplevde ikke at de manglet noe.

Noen opplevde generelt at deres enhet hadde en utydelig forankring i bydelen, da den ved å ligge hos søknadskontoret, «kjempet» med de andre arbeidsoppgavene som søknadskontoret har. En informant beskrev det slik:

*«jeg synes forankringen er utydelig, fordi den drukner i saksbehandling, som er de primære oppgavene til et bestillerkontor (I-2).*

Flere informanter fortalte at det var et tverrfaglig lederteam som møttes regelmessig og som tok opp saker som var særlig utfordrerne. Det var også her flere informantene måtte legge frem saker hvis de hadde tanker om endring. Det var varierende hvilket gehør de fikk for dette, men det var der det måtte legges fram.

Flere informanter opplevde at de ble møtt med skepsis og opplevde behov for å forklare enhetens oppgaver og ansvar ovenfor samarbeidspartnere, En informant beskriver det slik:

*... blir møtt med «ja hvem er du?». Det er på en måte ikke godt nok opplyst ... Jeg har tatt mange runder med at KE er en lovfestet funksjon som enhver bydel skal ha ... (I-1)*

Ikke alle opplevde, eller ga uttrykk for mangel på gjennomslagskraft, men særlig en informant opplevde stor frustrasjon over at hun opplevde å ha hverken gjennomslagskraft eller påvirkning på de andre tjenestene. Det var en gjennomgående utfordring da hun tydelig så behovene og ønskene, men at mange heinet om måten å jobbe på. Dette opplevde hun gikk ut over oppfølgingen av brukere som kom hjem fra spesialisthelsetjeneste. Informanten forklarte det slik:

*.. det burde vært en oppfølging ... det mangler overganger mellom spesialisthelsetjenesten og bydelen, men det bare smuldrer opp hos oss ... dette handler også om at vi har ulike syn på diagnoser og har ulike måter å arbeide på, samtidig som vi i KE ikke har noe makt til å bestemme og de andre bare kan si nei ... (informant 1)*

En informant opplevde å få lite gehør for et forslag om å endre på hvem som kan utpeke koordinatorene, og at hiarkiet gjorde dette vanskelig.

Noen påpekte også at de hadde en jobb å gjøre for å få på plass en bedre forankring av voksne brukere, da de opplevde at de ikke får samme oppmerksomhet som barn og deres familier. Det innvilges færre planer for voksne enn til barn. Et eksempel på en uttalelse:

*Jeg tror nok at det spesielt ovenfor voksne, så har det nok ikke fått den statusen og det er derfor en sliter med å få fordelt sakene. Ja det flyter litt mer, litt mer uavklart. Det er i hvert fall mitt inntrykk at det er mer uavklart at det er mindre forankret på voksensiden enn de som jobber med barn (Informant-6).*

*Vi har færre IP`er til voksne, årsaken til det tror jeg er at det mindre kjent og at det er motvilje mot å være koordinator (Informant-5).*

*Voksensiden har nok ikke fått den riktige statusen, og det er nok derfor det er så vanskelig å fordele saker (Informant- 6).*

*Voksensiden må vi jobbe med, fordi den er for fragmentert (Informant-1).*

To andre grupper som hadde lite med KE å gjøre var brukere innunder rus og psykiatri. Disse ble som oftest fulgt opp av enhetene NAV og psykisk helse, hvor det var litt ulikt hvem som gjorde saksbehandlingen på IP, for noen psykiske enheter gjorde dette selv, mens andre steder var dette oppgave for søknadsavdelingen. KE hadde lite eller ingen kontakt med disse brukerne. En informant påpekte at dette var hun ikke fornøyd med, da hun opplevde at KE skal ha oversikt

over alle personer i behov av rehabilitering og habilitering. En annen informant uttrykte bekymring over at bydelen ikke hadde et godt tilbud til barn med psykiske utfordringer, men at det var ikke noen enheter som hadde kompetanse på bydelsnivå, det var kun tilbud for voksne, BUP (baren og ungdomspsykiatri) er instansen som kan tilby psykisk helsehjelp og behandling til barn og unge.

### 6.1.3. Organisering av opplæring

Opplæring av koordinatorene var i all hovedsak lagt til to koordinatorsamlinger i året med ulike temaer. I forhold til innholdet i opplæringen var det flere av informantene som fortalte at de hadde ulike temaer på fagdagene. De så at det var behov for økt kompetanse og en informant sa dette:

*I systemet vårt er det for få folk til å påta seg koordinatorsansvar, det er den største utfordringen, både det og det å kanskje ha en større bevissthet rundt om det å være koordinator, altså rolleavklaring, at folk er trygge nok i rollen., sånn at de kan manøvrere i saker enten du har veldig krevende og lite krevende brukere, det er jo liksom to ytterkanter. Men jeg tenker at man må gjøre folk trygge i rollen (Informant-6).*

Det med koordinatorens kompetanse ble nevnt av flere informanter som viktig. Det gikk på både å utvikle ferdigheter til å håndtere ACOS IP og mellommenneskelige ferdigheter, som måtte læres blant annet gjennom erfaring, men også da gjennom de fagdagene og koordinatorsamlingene som ble arrangert for utveksling av erfaringer. Det ble mottatt litt forskjellig, og informantene var usikre på hvor nyttig disse erfaringssamlingen egentlig var. En informant hadde derimot fått veldig gode tilbakemeldinger. En informant påpekte viktigheten av å være flere sammen når man har hatt for eksempel vanskelige møter, både for å debrifing gjennom refleksjon og utvikle seg som menneske og som koordinator. En annen informant hadde ikke noen spesiell oppfølging av koordinatorene, de fikk oppfølging på sine respektive tjenestested og kunne hente ut prosedyrer ved behov. Det å henvise til prosedyrer var det forøvrig flere informanter som gjorde.

Alle ansatte fikk i forbindelse med innføringen av ACOS IP et visst antall timer for informasjon og timer i pc-lab hvor prosjektleder for utrulling i Helseetaten kom og holdt kurs. I etterkant har bydelen selv fått ansvar for å organisere opplæring og oppfølging av dette. Ingen av informantene som opplevde at dette var på plass, og at det har tatt mye tid å få gjennomført kurs. En informant sa følgende:

*Har sansen for måten å jobbe på og for verktøyet, men vi har en lang vei å gå for å få det til å fungere optimalt (Informant-4).*

De fleste informantene hadde forståelse for at det var vanskelig å sette seg inn i ACOS IP og bruke det, men da tilbød de seg å komme ut å hjelpe koordinatorene der de var.

## 6.2. Hvilken oppfatning har de ansatte av ordningen?

### 6.2.1. Beskrivelser av «brukeren»

Det ble aldri spurt spørsmål om informanten kunne beskrive brukeren, men deres opplevelse av særlig foreldre kom fram i flere av intervjuene. En informant mente at man kanskje overvurderte noen foreldre i forhold til at de framsto som ressurssterke.

En annen informant sa også at systemet ACOS IP er for komplisert for mange foreldre, og at noen foreldre faller av på første møte når de begynner å snakke om planarbeidet.

Det med forståelse av systemet blir også en utfordring når mange ikke snakker godt norsk. En annen informant beskrev brukere som stresset og overfylt av informasjon. En annen informant beskrev noen foreldre som sårbare og at mange kan bære på mye sorg. Dette synes hun det ble tatt for lite hensyn til når det var møter rundt bruker, der bruker druknet i alle som var tilstede. En annen informant beskrev også foreldre som «ofte slitne».

### 6.2.2. Behovet for langvarige og koordinerte tjenester

Alle informantene sier at ved vurdering av tildeling av IP eller ikke, vurderes lovteksten i forhold til kriteriet om to eller flere hele- og omsorgstjenester. Selv om de vurderer at det ikke er så mange tjenester involvert, altså ikke har to eller flere tjenesteyter som jobber rundt bruker så sier det fleste at de innvilger mere enn de avslår. De beskriver denne beslutningen på at disse brukerne erfaringsmessig trenger koordineringen fram i tid, eller at man innvilger fordi det oppleves nyttig for foreldrene. Dette gjelder kun ved beskrivelse for søknader på barn. Dette er ikke fremhevet i forhold til voksne søkere. Noen informanter innkaller til avklaringsmøter for å rydde og avklare hvilke tjenester og behov bruker har for koordinering før man beslutter søknaden. De var gjennomgående lite opptatt av varighet, fordi som en informant sa:

*Det kan søkes om forlengelse, og ved behov så gjør vi det, hvis ikke, avslutter vi. Vi er heller ikke rigide, siden mange har jo livslange tilstander. Men vi innvilger ofte for to år i gangen også ser vi på behovet igjen da (Informant-3).*

Skjønnsmessige vurderinger gjøre hele tiden, og for en informant var det ikke opptelling av tjenester som var viktig, men at det skal være et nyttig verktøy. En informant forteller det slik:

*Det innvilges oftere enn det gis avslag. Jeg drøfter det alltid med kollegaer her og med leder, og med barn er det ikke alltid så mange tjenester inne egentlig. Vi har skjønnsmessige vurderinger fra sak til sak, også har vi en sjekkliste, som går på hvor mange instanser som er inne, er det overganger som man vet kommer (Informant-6).*

En informant fortalt at de nå var blitt mye flinkere til å luke ut søkere som søkte på IP og koordinator til å rydde opp i konflikter med andre instanser, slik at det var færre saker hvor koordinatorne ga tilbakemelding om at de opplevde at rollen deres av og til var å være tjenere eller ha sekretærfunksjon, i stedet for å koordinere.

De fleste informantene mente at IP kunne passe for alle, men aller best for de med uavklarte forløp foran seg, og da blir barn og unge oftest nevnt. Ingen syntes at det var hensiktsmessig for eldre, selv om de ikke ville ekskludere noen. Mange eldre ble ivaretatt av tjenesteansvarlig, og en tjenesteansvarlig har mye av de samme oppgavene som en koordinator.

Det kom også frem at det kunne være et nyttig verktøy for barnevernet, men at de dessverre ikke var så involvert i IP som noen informanter skulle ønske.

### 6.2.3. Ordningens kvalitet

Mange synes spørsmålet om tjenestens kvalitet var et spørsmål som var vanskelig å svare på og det ga sprikende svar. En syntes det var vanskelig å svare på fordi hun hadde hatt så mye fokus på å få til samhandling at for eksempel ACOS IP hadde ikke fått samme oppmerksomhet. En annen informant svarte dette på spørsmålet:

*Det kan inneholde alle de kvalitetsindikatorne når det fungerer, men det er altfor sjeldent at det gjør det. For å få en velfungerende IP, så er den veldig avhengig av at foreldre skjønner hvorfor folk sitter der de sitter. At den ikke blir en oppramsing av hva hvert tjenestested skal gjøre for at de kan de krysse av at det er gjort. Men virkelig se på hvordan kom vi fram til det som står der? Verdien på dokumentet er den største utfordringen tenker jeg. Bruksverdien. Største bekymringen min, er at det blir en avkrysningsting, som er veldig ufortjent at den blir (Informant-4).*

En annen informant relaterte kvalitet med hvor gode de individuelle planene var, og at noen hun tok over var gode, mens andre ikke fullt så gode. Altså om innholdet var bra eller ikke. En

annen mente at det var noe bare brukere kunne svar på. Og for å vite dette sikkert måtte spørre dem.

De fleste fremhevet oppfølgingen av barn som særskilt god, og beskrev det slik:

*De som jobber med barn er veldig engasjerte, de ringer og spør om ulike tjenester, skolehelsesøstrene er ofte med i samarbeidsmøter/tverrfaglige møter selv om de ikke er koordinatører. De har en kultur for å stå på og overføre dette til de nye. (Informant-1)*

En informant mente at kvaliteten ble ivaretatt av deres prosedyresystem, men at det kan være en utfordring til å få folk til å sette seg inn i det. De fortsetter å revidere prosedyrene for å gjøre dem enda bedre og får tilbakemelding på at noen prosedyrer begynner å sette seg, (med det tolker jeg at den er mer i bruk). Det gjelder særlig prosedyren som sier noe om hvem som har ansvaret for hva i forhold til IP. Det kom også fram blant informantene at prosedyrene i seg selv kanskje ikke var nok, men at det i tillegg måtte utøves faglig skjønn. Prosedyrene ga et likt grunnlag å jobbe ut i fra. Hun uttrykte det slik:

*Jeg tror det er mest fordeler med bruk av prosedyrer, hvis man bruker de malene med sunn fornuft og faglig skjønn. Det er bedre å ha gode prosedyrer og jo lengre jeg har jobbet, jo mer opptatt har jeg blitt av det. Samtidig så må de brukes med et faglig skjønn. Jeg tror det er mer farlig hvis man ikke har prosedyrer (Informant-6).*

Utnevningen av koordinator ble gjort på ulik måte, men hos de fleste bydelene ble denne oppgaven delegert til de ulike tjenestelederne eller seksjonsleder etter vedtak eller melding fra KE. Dette ble av noen informanter beskrevet som «flaskehalsen» i systemet. Det kunne ta lang tid før en koordinator var på plass. Det opplevdes vanskelig å pålegge noen, da det ikke er et godt utgangspunkt for å skape et godt samarbeid mellom koordinator og bruker. Å få tildelt en koordinator, var heller ikke noe som automatisk ble videreført når bruker fylte 18 år i noen bydeler. Da ble det gjort en ny vurdering og ofte ble det da ansett at bruker ikke hadde bruke for en koordinator, og tjenesten avsluttet.

#### 6.2.4. Samarbeid og kontinuitet

En annen informant opplevde at samarbeidet med sykehuset ikke fungerte godt i forbindelse av inn- og utskriving av pasienter. Deres erfaring var at de kom for sent inn i planleggingen.

Det å skape kontinuitet kom også fram som en utfordring i forhold til overganger mellom ulike arenaer, og hvor det kunne bli skifte av koordinator. En informant påpekte at hun kunne blir oppringt av brukere som etterspurte oppfølging, og hvor det viste seg at koordinatoren enten var langtidssyk eller hadde sluttet i jobben. Hun påpekte også i forhold til at noen brukere er

ikke klar over at de har en koordinator, selv om de kanskje var tildelt en. Flere informanter konstaterer at det er synd at barnevernet ikke er mer delaktig i ordningen.

En annen informant påpekte at det var en stor utfordring få til aktiv deltagelse fra andre instanser i planen var en utfordring, da koordinatoren ofte blir sittende med alt arbeidet. Hun formulerer det slik:

*Hvordan får du med deg deltagelse og medvirkning fra alle? Som deltager har du jo også et ansvar. Det er ikke bare koordinator som skal drive og purre. Fram til nå har det jo vært mye at man kommer på møte, men har ikke noen ansvar eller kanskje ikke tenkt så mye. Verktøyet legger opp til mye mer medvirkning, men det fungerer ikke så bra (Informant-1).*

Skolene ble nevnt flere ganger av informantene som svært pådrivere på å få flere tjenester, utvidede tjenester og om å få laget en IP. Det ble også nevnt at konflikter mellom skole og foreldre av og til førte til søknad om IP og koordinator, og at man feilaktig hadde innvilget koordinator som fikk rolle som mekler mellom skole og foreldre. Dette hadde bedret seg betraktelig, da man med erfaring klarte å luke ut disse søknadene.

Mange informanter opplevde utfordringer relatert til at brukere som kom fra opphold på sykehus eller institusjon blir introdusert til IP som noe de må ha for å få andre typer tjenester, eller at de på andre måter ikke virker som om bruker er blitt forklart hva IP og koordinator egentlig er, bare noe du har rett på. En informant sa det slik:

*De kommer til oss også får de råd og veiledning. «Alle sier at dette må vi ha». Ja, men hva vil du? Jeg tror mange ikke helt har forståelse for hva det er. De forstår liksom ikke, de har ikke peiling på systemet og må forklares (Informant-3).*

Det ble også nevnt av en informant at møter rundt bruker kunne bli brukt som saksbehandlingsmøte hvor tjenesteytere eller andre samarbeidspartnere som skole, BUP og fastleger nærmest krevde tjenester på vegne av bruker. Hun opplevde at dette skjedde i møtene som var relatert til IP, og at hun måtte forklare gangen i hvordan søknadskontoret vurderte søknader på helse- og omsorgstjenester, da de alltid gjorde hjemmebesøk for å bli bedre kjent med bruker.

#### 6.2.5. Likhetstanke

Informanter uttrykte at de var for dårlig til å likhetstenkning og at de nå jobbet for et mer likt uttrykk utad, og påpekte viktigheten av å ha en lik praksis innad på søknadskontoret, og prøvde å justere dette ved å ha regelmessige møter. En annen informant opplevde at folk ikke tenker over sin rolle i arbeidet med brukerne og formulerte det slik:

*Folk er ikke klar over hva de driver med, de bare gjør, uten å tenke på at dette er rehabilitering eller habilitering. Derfor har vi hatt fokus på lovverk, forskriften (Forskrift om rehabilitering, habilitering, IP og koordinator) og de ulike tjenestene i bydelen for å lære og at vi gjør og tenker likt (Informant-1).*

#### 6.2.6. Brukermedvirkning

Mange opplever ACOS IP som et verktøy med muligheter og særlig i forhold til høyere grad av brukermedvirkning. Men det som kom fram som utfordring, var hvordan man i praksis skulle sikre brukeren involvering og medvirkning i sin egen plan. Mange foreldre falt av allerede når man begynte å snakke om mål. Det er for mye fokus på IP syntes mange informanter, siden de hadde opplevelse av at det var selve koordinatoren som er viktig. En bydel har tatt dette til følge og gjort om på rekkefølgen av tildelingen og innvilger derfor først koordinator og så vurderes det om det er behov for eller om det er hensiktsmessig med en IP.

Alle informantene sier at de har huller som de jobber for å bedre, men de er også klare på hva de er gode på, og det er å imøtekomme brukere. Ingen brukere som ble avvist. Det kunne være at de ikke fikk innvilget IP, men enhetene tilbød seg å initierte til møter eller bruker fikk et navn på en tjenesteyter som fungerte som kontaktperson i bydelen. Andre informanter opplevde at de var gode på å tilpasser tjenestene til brukerens behov. «Skreddersøm» ble nevnt av to informanter som mente med det at de tilpasset behovene. Her er jeg usikker på hva informanten mener. IP i seg selv utløser ingen tjenester, men kan føre til nødvendig helsehjelp. Jeg tolker det slik at det handler om å være pådriver for å finne de riktige tiltakene til brukes individuelle behov. En informant sa det slik:

*... det er brukerperspektivet som er min kjepphest, og det veileder jeg om hele tiden. Dere (koordinatorer) skal snakke med brukeren, forklare og veilede og lytte til om brukeren ønsker en IP. Noen brukere vil jo absolutt ikke. Så brukerperspektivet er viktig og må frem i hele organisasjonen. (Informant- 3)*

En informant beskrev at hun opplevde møtekulturen dårlig, hvor brukeren ble borte og at bruker ofte ikke var tilstede i møtet. Hun påpekte hvor viktig det var å ta med godt fungerende brukere med på møter som omhandler dem selv. Det at bruker har meninger om sine egne liv må blir hørt, og dette var noe hun gjentok ovenfor alle sine medarbeider og ønsket skulle gjennomsyre hele organisasjonen. Hun satt også spørsmålstegn til ressursbruken i noen møter rundt brukere.



Hun opplevde at instanser kom parvis i møter hvor bruker får liten mulighet til å påvirke hvem som skulle delta.

Hun beskrev situasjonen slik:

*... jeg tar opp at utviklingshemmede som er godt fungerende, de skal være med på møtene. Og jeg synes også at ungdommer med psykiske lidelser skal være med og snakke for seg selv, men det har jeg opplevd mye motstand mot. Jeg mener at de de skal være med fra de er ganske unge. Jeg har sittet i møter med haugevis med mennesker også er ikke brukeren der. Likevel vedtas mange tiltak som brukeren ikke er med på. Det blir bare tull. Så jeg er opptatt av at de skal være med og uttrykke sine meninger (Informant-3).*

Ressursbruk ble også nevnt av andre, men da i sammenheng med at når de innkalte til møter, var de nøye med hvem de inviterte i henhold til hva de skulle bidra med i møtet.

#### 6.2.7. Bruk av nettbasert verktøyet ACOS IP

På grunn av at lovverket ikke er på plass, opplevde noen at ordningen som litt halvveis. Ingen eksterne samarbeidspartnere kan koble seg på den nettbaserte ACOS IP-løsningen. Da blir det ikke et fullgodt verktøy. Flere nevner ordet vegring mot å begynne med ACOS IP, og at tilnærmet alle informanter opplever at de ikke har kommet godt i gang med ACOS IP. Det ble også fremhevet at mange foreldre synes det var slitsomt og hadde problemer med å logge seg på, andre opplevde at foreldre hadde dårlig samvittighet fordi de ikke logget seg på ofte nok. I forhold til informantenes tanker om IP som verktøy og sier en informant dette:

*For jeg har vært koordinator selv, jeg har hatt den jobben med å veilede koordinator og vært med i implementert ACOS IP. Jeg opplever IP som verktøy er ganske vannet ut. Jeg tenker at skal man rendyrke det, så skal det brukes på en helt annen måte enn det brukes i mange saker i dag. Også kan man ha andre måter som er vel så fornuftig å jobbe med bruker, og de som trenger det (Informant-4).*

Det var mange ulike innspill på om ACOS IP var et godt verktøy. Felles for alle var at de opplevde det som enten tidkrevende, komplisert og en terskel å komme over før de fikk logget seg på. Dette gjaldt generelt for brukere også. Noen så at verktøyet i framtiden kunne være til god nytte, både for å sikre brukermedvirkning og mulighet for å jobbe mer effektivt, men at det var en lang vei dit.

#### 6.2.8. Samarbeid uten IP

Flere informanter samstemte i at selvfølgelig gikk det an å samarbeide uten IP og at det var det viktig for alle instanser der ute å vite. Informantene fortalte om metoder som ivaretok brukeren uten at de brukte en koordinatorressurs eller opprettet en IP. Noen lagde tiltaksplaner, som ble ansett som enklere variant enn IP, andre ga tilbud om kontaktpersoner. En annen informant påpekte at man trenger ikke en koordinator for å bli jobbet med, og at alle har råd og veiledningsplikt i forhold til hvilke tjenester som finnes, og det er ikke nødvendig med en koordinator for å gi det.

En informant delte denne tanken:

*.. oppfølgingen blir ikke nødvendigvis bedre av et vedtak på IP, fordi IP ikke utløser noe annet enn et samarbeid ut fra et type verktøy. Og det er ikke noen garanti for at samarbeid finner sted, særlig ikke hvis foreldrene ikke har et bevisst forhold til det. Vi har saker hvor folk rett og slett ikke får den oppfølgingen de har krav på fordi de ikke er synlig nok. Men jeg tror at de som ender opp med samarbeidsmøter, kanskje har bedre oppfølging enn de som får vedtak på IP (Informant- 4).*

#### 6.3. Hvilke personlige egenskaper anser de ansatte som nyttig for å ivareta ordningen?

Flere av informantenes svar under dette spørsmålet var i stor grad samstemte. Det var ut i fra egne erfaringer og fra egne situasjoner som gjenspeilet seg i disse svarene. De fleste beskrivelser handler om at det nyttig å ha egenskapen som tøff, uredd og tydelig. For å håndtere møter, samarbeidspartnere og foreldre med ulike behov kom også evnen til å være fleksibel, være trygg i seg selv og evnen til å lytte fram som nyttige egenskaper. En beskriver det slik: *Det å tørre å stå i rollen, det kan være tøft, fordi det kan bli stilt store forventninger til deg og du må tørre å fronte det som kommer (Informant-4).*

En informant påpekte at det også er viktig å kjenne bruker, å få oversikt over behov og ressurser. Da er det viktig å kunne lytte og være interessert i bruker. En informant nevner også at det å være en god koordinator handler om egnethet.

En informant sa at det å lytte og ha respekt og ta folk på alvor var viktig. Det å kunne se an brukeren og være fleksibel i forhold til hva de trenger ble nevnt av flere. En informant sa dette om å møte ulike brukere:

*Det å møte både veldig krevende og lite krevende brukere er to ytterkanter, men det å oppmuntre, og både romme og ramme inn brukeren er viktig evne hos koordinatoren (Informant-6).*

Det å kjenne på et ansvar ovenfor brukere gjenspeiles både hos informantene og hos koordinatorene da en informant fortalte at hun hadde fått tilbakemelding om at koordinatorene kan kjenne på dårlig samvittighet fordi de ikke lager store nok planer.

#### 6.4. Oppsummering

Oppgaver tillagt KE blir ofte delegert til andre saksbehandlere, fordi man har mange andre arbeidsoppgaver som prioriteres, deriblant søknadskontorets oppgaver. Informantene uttrykker ulike behov i forhold til å ha mer myndighet til å påvirke andre tjenester.

Det er utbredt opplevelse blant informantene at det er mangel på forståelse av hva koordinerende enhet er og hvilken funksjon den har. Flere av informantene sier at det er for dårlig likhetstanke og det jobbes for å skape likt uttrykk både innad i enheten og ut til bydelen. Noen informanter beskriver synlighet av enheten som god. Videre mener andre informanter at enheten er synlig for utvalgte tjenesteytere, men ikke så synlig for eksterne som skole, fastlege og for brukere. Brukere er avhengig av å bli informert av tjenesteytere og det er tilfeldig hvordan tjenesteytere som ikke er koordinatorene får informasjon. Opplæring og kompetanseutvikling anser informantene som viktig, både for gjøre koordinatorene trygge og utvikle seg selv, men også som et ledd for få folk til å påta seg koordinatrollen. Informanten uttaler seg stort sett om brukerens foreldre, og beskriver dem som slitne, sårbare, stresset, fylt med informasjon og at ACOS IP er for komplisert for mange foreldre. Rutiner i forhold til visse koordinatoppgaver glipper, mens andre rutiner som overføring til voksenoppfølging, eller avslutning av sådan blir fulgt opp bedre. Det kan være vanskelig å få andre tjenesteytere til å bidra aktivt rundt brukeren, og informanter opplever lite kontinuitet rundt utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. De opplever generelt å komme for sent inn. ACOS IP er ikke er på plass og oppleves som halvveis på grunn av lovverket. Informantene sier at foreldre og ansatte har dårlig samvittighet for lite pålogging og små planer. De fleste informantene forteller om at mindre ressurskrevende alternativer for å følge opp bruker. For å sikre brukermedvirkning fremhever noen informanter at det er viktig å ta med bruker i møter, og være kritisk til hvem som inviteres av tjenesteytere. Mange informanter opplever at det er koordinatordelen fleste bruker vil ha, ikke IP. I forhold til ordningens kvalitet mener informantene

ulikt, da noen mener dette er noe brukeren må svare på selv, mens andre informanter mener det handler om planens innhold og gode prosedyrer. Flere opplever at rekruttering av koordinatore er en utfordring og at det kan ta lang tid før en bruker blir tildelt en koordinator. Det innvilges flere IPer til barn enn til voksne, og mange informanter mener at ordningen passer best for barn og unge. Informantene vurderer lovteksten alltid, men det viktigste er at det er et hensiktsmessig verktøy for bruker.

Av personlige egenskaper, beskriver informantene flere egenskaper som handler om å være sterk til å stå i rollen da den kan være tøff, og at mye handler om egnethet. Noen informanter mente at personlige egenskaper ble utviklet ved å være koordinator.

## 7. DISKUSJON AV FUNNENE

Det vil innledningsvis gjøres en kort oppsummering av funnene. Disse vil utgjøre grunnlaget for vurderingen av studiens kvalitet og drøfting av forsknings spørsmål. Helt til slutt vil det presenteres hvilke følger funnene har for videre praksis og forskning.

### 7.1. Studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Om resultatene er *gyldighet* eller ikke, og handler om *man måler det man ønsker å måle* (Nyeng, 2010, s. 109) Det er et overordnet mål for kvalitativ forskning at gyldigheten på forskningen er troverdig, da det dreier seg om man kan stole på dataene og tolkningen av dem og hvorvidt empirien og analysen virkelig svarer på problemstillingen. Gyldigheten bør gjennomsyre hele studien fra start til slutt (Polit & Beck, 2012).

### 7.2. Gyldighet

Czarniawska (2008) beskriver det hun kaller «the logic of representation», hvor man ønsker å fremstå på en eller annen måte for omverdenen. Det vil alltid være en mulighet for at man på grunn av for eksempel lojalitet til arbeidsplass velger å fremstille virkeligheten mer positiv enn den egentlig er, men sett i ettertid inneholder intervjuene både positive og negative uttalelser. Det at forskeren er et kjent ansikt for informanten og indirekte en kollega, dog perifer, kan også ha påvirket svarene, og måten de svarte på. Man kan anta at de forutsatte at jeg skjønnte hva de mente og gjorde fortellingen mindre detaljerte enn om jeg hadde kommet utenfra uten kjennskap til KE og IP. Stemningen under intervjuet var god, informantene framsto som

engasjerte, brukte god tid på å svare og jeg tror at det har gitt oppriktige intervju. Eventuelle spørsmål de ikke forsto, ble oppklart med en gang, for å utelukke misforståelser.

Jeg hører imidlertid at oppfølgerspørsmålene av og til ble lukkede og ledende og fikk da ja nei- eller korte svar. Av og til med fordel for å avkrefte og bekrefte, men også uheldig der jeg egentlig ønsket å få mer ut av svarene deres. Det var heller ikke lett å forfølge uttalelser jeg oppfattet interessante, da jeg var redd det gav avsporing. Thagaard (2013) skriver at det er en utfordring, fordi det er vanskelig å avgjøre når man skal velge å følge de oppsatte temaene og når man skal forfølge temaer informantene bringer opp. Her ble jeg innhentet av at jeg ikke er en dreven intervjuer.

I forhold til forskerens forforståelse og dobbeltrolle, så kan dette påvirke gyldigheten i både positiv og negativ forstand. Det har vært utfordrende å skille mellom studie og jobb, og særlig i forberedelsesfasen hvor det flere ganger har vært behov for reflektere over hvilket tema som tilhørte hvor. Det ble også gjort to prøveintervju hvor justeringer ble gjort av spørsmål. Spørsmålene ble utarbeidet med tanke på at de skulle dekket inn hvert forskningsspørsmål, og det gjorde at jeg opplevde en viss sikkerhet på at spørsmålene ville gi fornuftig data som kunne besvare problemformuleringen.

Alle informantene hadde i tillegg god kjennskap og erfaring til å kunne uttale seg om ordningen, og sånn sett var informantene ansett som de rette informantene å intervjuer i forhold til studiens tilnærming. Imidlertid hadde flere av informantene en dobbeltrolle ved å være saksbehandler for andre helse- og omsorgstjenester, og noen ganger er det usikkerhet knyttet til om de svarer som saksbehandlere med tilhørende vedtaksmyndighet, eller om de er pådrivere for å få i stand riktige tiltak. For eksempel utsagnet om at de skreddersyr tjenestetilbudet. Da jeg ikke kan være sikker på dette, er det valgt å se svaret i kontekst, og tolket ut i fra sammenhengen hva de kan ha ment.

Å velge ut de mest passende meningsfulle enhetene, og finne gode kategorier som er dekkende for empirien har også noe å si for gyldigheten. Det er forsøkt å ha i bakhodet at resultatene skal svare på problemstillingen, noe som har hjulpet godt med i forhold til å velge ut det som er relevant.

Ved å gjøre all transkriberingen selv, og er dermed gjort konsekvent, og kan være en styrke av studiens gyldighet. På en annen side, å gjøre arbeidet selv, selv ikke sier noe om kvaliteten på transkriberingen. Her er det valgt å transkribere all muntlig tale, men utelatt pauseord, krent, latter osv, da det ble vurdert å ikke ha noen verdi for denne studien.

### 7.3. Pålitelighet

Hvor *pålitelig* studien er, handler om hvorvidt studien er påvirket av spesielle faktorer som kan ha påvirket resultatene (Polit & Beck, 2012). Konteksten for intervjuet var i kjente omgivelser for informanten, da alle valgte egne lokaler eller kontorer for intervjuet, noe som ansees å være gunstig.

Forskeren i seg selv er også en viktig faktor, da ingen annen kan simulere forskeren. Ei heller kan analysen gjøres identisk, da forskerens bakgrunn, erfaring og forforståelse vil prege prosessen i alt for stor grad til å kunne gjøres likt (Johannessen et.al, 2009). Både informantene og jeg representerte samme nivå i organisasjonen, og jeg hadde møtte alle informanten foruten en ved en tidligere anledning. Dette kan ha virket positivt i forhold til å skape tillit til meg som forsker. Det kan også ha ført til økt legitimitet for å spørre spørsmålene jeg stilte.

### 7.4. Overførbarhet

Spørsmål om overførbarhet av denne studien kan diskuteres. Funnene i denne studien har hatt som hensikt å frembringe dybdekunnskap om et gitt tema, hvor knapt halvparten av kommunens totale antall KE har deltatt med sin kunnskap. Det har blitt avdekket noen store forskjeller mellom bydelene, og jeg kan dermed ikke utelukke at det finnes praksis som ikke er avdekket i denne studien. Når det er sagt, er det min oppfatning at studien kan antyde hvordan samme fenomen kan arte seg i andre koordinerende enheter. Mange funn har vært sammenfallende med forskning og i empirien, og på den måten kan man anta at det er flest likheter i hvordan ordningen blir ivaretatt. Kunnskap er likevel ofte kontekstavhengig, og det vil derfor alltid være konteksten som avgjør nytte- og bruksverdi. Det er derfor opp til leseren av denne studien å vurdere i hvilken grad den kan tilpasses sin virksomhet.

### 7.5. Hvordan er koordinerende enhet organisert i Oslo kommune?

Oslo kommune rommer 15 bydeler, som skiller seg fra hverandre gjennom politiske, økonomiske, demografiske forskjeller og ulik befolkningssammensetning (Helsetilsynet, 2014). Likhetene er at de forholder seg til de samme sentrale føringer av kommunen (Wikipedia, 2016). Det kommer lite fram i informantenes uttalelser hvorvidt disse ulikhetene eller likhetene preger deres arbeid. De gir heller ikke uttrykk for at andre bydeler påvirker deres arbeid i noen grad. På spørsmål om deres stilling manglet noe, svarte de aller fleste at det gjorde de ikke. Dette forsterker inntrykket av at bydelene har sterke grenser mellom hverandre, og at samarbeid mellom koordinerende enheter hverken uttrykkes som et ønske eller behov. Det presiseres at ingen informanter ble spurt spørsmål som dirkete omhandler dette, men det kom heller ingen indirekte ytringer som kunne antyde at dette var et ønske.

#### 7.5.1. Synlighet

Breimo og Thommesen (2010) beskriver at fordelene med å være tilknyttet søknadskontoret er at de er synlig og tilgjengelig. Svarene fra informantene gjaldt både mangel på skilting og misvisende navn, dårlig fungerende nettsider i solo kommune, og ganske sprikende svar i forhold til hvem de er synlige for. I henhold til veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015) skal KE fungere som et sted hvor brukere og andre tjenesteytere kan henvende seg for spørsmål og råd om ordningen. Synlighet av enheten er derfor et viktig moment (Helsedirektoratet, 2015).

En informant opplevde at enheten hun jobbet i var godt synlig og adressen inn for både brukere, fastleger og spesialisthelsetjenesten, siden alle visste hvor søknadskontoret er, så er det er ikke noe problem å finne dem. Utfordringen med dette var at brukere ikke alltid visste at de var kommet til koordinerende enhet. Dette kan bety at synligheten handlet mere om søknadskontorets synlighet, og ikke KE. En informant sa hun opplevde at forankringen av koordinerende enhet druknet i saksbehandling, siden det var søknadskontorets primære oppgaver.

Etter hvert reflekterte flere informanter over at de kanskje ikke var så synlige ovenfor eksterne samarbeidspartnere som skoler og rehabiliteringssentre og også ovenfor brukere.

Dette kan potensielt ekskludere visse brukere fra å ordningen, samt trenere oppstart av koordineringa fordi behovet for koordinering ikke fanget opp på et tidlig tidspunkt. Et av samhandlingsformens viktigste momenter er å komme tidlig inn med innsatsen, både på brukers

vegne og det økonomisk aspektet ved at tidlig riktig tiltak det kan hindre behov for flere tjenester på et senere tidspunkt (St. meld.nr 47 (2008-2009)).

Informantene beskrev to ulike kanaler for informasjonsspredning om enheten og ordningen. Den ene kanalen var Oslo kommune sine nettsider som nå begynte å bli litt bedre etter en omorganisering, men som fortsatt var vanskelige å finne fram i, og tjenesteytere.

Nettsider med informasjon kan fungere som et gode for mange. For brukere kan det bety å aktivt delta i, og orientere seg i mylderet av tjenester og tilbud (Andreassen, 2012). Nettsiden vil kunne legge til rette for kunnskapsformidling og bidra til styrking av bruker (WHO, 1986). På en annen side kan man ikke gå ut fra at alle har nettilgang eller forstår det som står der. Nettsiden vil imidlertid være til hjelp for samarbeidspartnere som for eksempel habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten, til å hjelpe brukere til å søke IP og finne søknadsskjema og annen relevant informasjon til dette. Språkforståelse, lite brukervennlige nettsider eller lite tilgang til pc vil hindre dette selvsagt, men kan være et godt supplement for mange. utfordringen med å spres informasjon sammenfaller for øvrig med Rambøll sin rapport (2010). Den andre kanalen som kan spre informasjon er ulike tjenesteytere. Det kan se ut som om det er tilfeldig hvem som egentlig formidler informasjon til tjenesteytere som ikke fungerer som koordinatører. Bli man tildelt koordinator rollen, er man innrullet i vanlig koordinatoropplæring. En forutsetningen for å informere, og bruke ordningen er at man har en viss kjennskap til den (TNS- Gallup, 2007).

Informantene opplevde ikke at det var et problem at de kanskje ikke var synlig for disse etatene, da de opplevde at henvendelser kom til dem uansett. En informant fortalte at hun sjeldent opplevde at brukere sendte søknad eller henvendte seg til KE uten å ha vært i kontakt med noen tjenesteytere først. Det legges derfor lit til at de ulike tjenesteytere informerer og hjelper til med å synliggjøre enheten.

#### 7.5.2. Forankring

Forankring blir presentert som et av suksesskriteriene i rapporten *Perspektiver på god praksis* for at koordinerende enheter skal kunne etablere god praksis (Rambøll, 2010).

Informantene svarte svært forskjellig på spørsmål om forankring. En informant uttrykte ganske tydelig utfordring i forhold til at hennes enhet ikke har noe reell påvirkningskraft hverken internt i organisasjonen eller eksternt blant samarbeidspartnere.



Dette kunne relateres til ulikt syn på funksjonshemningen og hvordan oppfølgingen av brukere skulle være som en fortsettelse av spesialisthelsetjenestenes behandling. Flere andre informanter påpeker også at de møter en generell mangel på forståelse av hva KE er og hvilken rolle den skal ha. Ved henvendelser til instanser som ikke kjenner til virksomheten, har de blitt møtt med skepsis. En annen utfordring dette medfører er det informantene beskriver i forhold til instanser som bare kan si nei til å delta i arbeidet, eller til å stille opp som koordinator. Herunder nevner flere barnevernet som en aktør de lenge har ønsket skulle vært mer delaktig i arbeidet med IP, men uten at det har ført til noen særlig endring. Dette er et eksempel på at KE ikke har en sektorovergripende funksjon. Barnevernet fikk for øvrig plikt til å opprette IP i sitt lovverk i 1.januar 2010 (Kjellebold, 2013), uten at det ser ut til å ha hatt noen nevneverdig effekt i de bydelene som inngår i denne studien.

Informantene oppgir at det å tenke likt er viktig for dem og at det kommer frem på ulike måter. En informant opplevde det som en utfordring at fagfolk ikke har et bevisst forhold til hva de jobber for, de bare gjør jobben uten å tenke på at det er enten rehabilitering eller habilitering. Hvorpå dette hadde ført til at de har hatt fokus på lovverk, innhold i ordningen og de ulike tjenestene for å lære å gjøre og tenke likt. En annen informant pekte på hvordan hun fokuserer på at i møter med bruker, er det viktig at instansene blir enige, og finner en felles retning på rehabiliteringsprosessen, så man ikke endte opp med å dra bruker i ulike kanter. Andre informanter påpekte at de jobbet for mest mulig lik behandling gjennom regelmessige møter for å justere hverandre. Dette kom også frem at de jobbet for å ha et mest mulig likt uttrykk utad i bydelen. Det å skape likhet for helse er med på å utjevne ulikheter og et skritt i retning av en mer helsefremmende tankegang om at det er systemene som må legges til rett for at brukere får det tilbudet som gjør at det kan styrkes som individ (WHO, 1986).

Å sørge for et likt kunnskapsgrunnlag og en lik holdning innen rehabiliteringsfeltet er viktig fordi det er ikke den enkelte instans som er rehabilitering, men koordineringen av innsatsene, og støtte individuelle prosesser som er rehabilitering (Sandvin, 2012). I et helsefremmende perspektiv, er det av stor betydning at det er den felles innsatsen som settes inn, som gir resultater (1986).

Breimo og Thommesen (2012) beskriver også at det kan være en ulempe hvis plasseringen av KE er lagt til søknadskontoret, men at søknadskontoret har lik posisjon som andre tjenesteenheter, som vist i modell 1. Organiseringen representere en flat struktur siden de er likestilte. Dersom den koordinerende enheten ved en slik organisering ikke er tillagt et tydelig mandat kan det lett oppstå samhandlingsproblemer ovenfor de andre enhetene. Problemet

oppstår i det ansatte i KE møter brukernes behov og ønsker, men er bundet av at de ikke har legitimitet til å påvirke andre tjenester. For at enheten skal kunne ha mulighet å komme med synspunkter som kan påvirke andre tjenester, er det av stor betydning at enheten har legitimitet blant tjenesteytere (Rambøll, 2010)

### 7.5.3. Opplæring med flere formål

Opplæring av koordinatorene og deres ledere er en av koordinerende enhets oppgaver. Opplæring vil indirekte påvirke ivaretagelse av ordningen på mikronivå jamfør Bronfenbrenners sosialøkologiske modell (Rønningen, 2003). Mye av forskning som er gjort på koordinators rolle, viser at den har en helt særegen rolle ovenfor brukeren (Lorentsen og Berge, 2006). Koordinatorrollen er profesjonsnøytral (Helsedirektoratet, 2010), og det vil si at teoretisk kan alle kommunalt ansatte bli bedt å være koordinator. Disse vil ha forskjellig faglig bakgrunn og erfaring alt ettersom hvilken tjeneste de representerer og hvor lang tid de har vært i arbeid. Det å investere i koordinatorrollen ser ut til å gi gevinst i forhold til å imøtekomme brukers behov. IP er viktig, men koordinatoren kanskje enda viktigere (Rehab- Nor, 2006).

De fleste informantene sørger for at det gjennomføres to koordinatoropplæringer i året. Opplæringen er fleksibel, på den måten at KE kan velge ulike tema ut i fra hva som er behovet for koordinatorne (Helsedirektoratet, 2015). Flere av informantene nevnte behov for mer kompetanse i møteledelse. Det var det ulike årsaker for at det nå var et tema. Det ene var i forhold til å få fram brukers stemme i møtene (Andreassen, 2012) da særlig en informant påpekte at bruker forsvant i møter med mange tjenesteytere. Den andre grunnen var å gjøre møtene mer effektive, noe man kan se ut i fra et samfunnsøkonomisk perspektiv (st. meld.nr 47 (2008-2009), er et fornuftig tiltak, men også for å følge det man har blitt enige om og ikke minst, var det et skritt mot å gjøre koordinator trygg i sin rolle (Helsedirektoratet, 2010).

Selve opplæringstilbudet var for øvrig svært ulikt. I en bydel ble det ikke lagt vekt på noen regelmessige opplæringer, bortsett fra noen helt spesielle kurs, som det i nettbasert IP (ACOS IP). Foruten dette ble tjenesteytere henvist til bydelens nettsiden hvor de kunne lese prosedyrer og maler, også ble de fulgt opp på sine respektive arbeidsplasser. Noen mente for øvrig at disse prosedyrene styrket kvalitet på ordningen, da det ga et likt grunnlag å jobbe ut i fra. Rambøll (2010) anså nedskrevne prosedyrer som et godt supplement til å bevare kontinuitet og opplæring av nyansatte. Det bidrar også til at kunnskapsoverføringen blir mindre sårbar og at taus kunnskap forblir hos de med lang erfaring. Det var imidlertid ikke helt sikkert i hvilken grad de ansatte benytte seg av disse. Å la det være opp til hver enkelt kan være mangelfullt,

samtidig som et supplement, kan det være fint å ha et oppslagsverk jamfør funn i Rambølls rapport (2010). Det å gjøre koordinatoren trygg i rollen gjennom opplæring var også fremhevet i Rambølls (2010) rapport. En informant fortalte at rekruttering av koordinatorene hang sammen med at tjenesteytere er utrygge i rollen, og at de prøvde å rette fokus på temaer som kunne komme koordinatorene i møte på å gjøre de tryggere. Det med å avklare roller var et eksempel for å unngå mange forventninger som kanskje ikke ble innfridd.

En bydel hadde et særlig fokus på det å stille opp for hverandre hvis man hadde vært i vanskelige møter. Dette var ikke en opplæring satt i system, men ble gjort etter behov og situasjon og ansett som en viktig læring og utvikling som både menneske og koordinatorrollen. Dette er i tråd med viktigheten av å skape støttende miljøer for å gjøre individer og i stand til å takle situasjonen de er i (WHO, 1986).

Nå den siste tiden har tilnærmet alle gjennomført flere kurs i ACOS IP, men som fortsatt ingen opplever er på plass. Det å lære ferdigheter var således viktig, men informanten hadde forståelse for at dette er vanskelig. De fleste hadde positive tanker om selve ideen bak det nettbaserte verktøyet i forhold til brukermedvirkning og effektivitet. Dessverre opplevde de fleste at i praksis var lovverket nå såpass til hinder, at det fungerte bare halvveis. I tillegg opplevde de innlogging og bruk som tidkrevende og komplisert. Samtidig øynet de fleste håp om at det ville ordne seg med tid.

En stor utfordring i forhold til opplæring var det å få ansatte til å komme på kurs. Ingen visste helt sikkert hvorfor det var slik, men det var forskjellig hvordan de ulike kursene ble mottatt. Ulike behov blant tjenesteyterne kan være en årsak.

Flere informanter opplevde at tjenesteytere hadde motstand for å komme på kurs og særlig ACOS IP. Den ene informanten fortalt at hun stadig pushet på ledere for å sende sine ansatte på kurs. Motforestillinger mot å delta på kurs, kan ha sammenheng med forestilling om planarbeidet må være omfattende (Thommesen, Normann, og Sanvin, 2008) og at de opplever at de har nok med de arbeidsoppgavene de allerede har (Tosterud, 2007). En annen faktor er at det fortsatt ikke følger med noen økonomiske midler til å gjennomføre ordningen, (Thommesen, 2010). Flere informanter erfarer at oppfølging av ordningen er tidkrevende på mange måter, så det å sette av ressurser kan være en byrde mange ledere velger å vente med så lenge de kan. Gode prosedyrer.

En annen bydel, hadde ikke problemer med å få ansatt på ACOS IP kurs, men hadde dårlig erfaring med oppmøte på koordinatorseminar, hvilket andre fikk gode tilbakemeldinger på. Her

var det helt klart lokale forskjeller, men det ble ikke utdypet hva som var suksessfaktoren for det ene eller det andre opplegget.

## 7.6. Hvilken oppfatning har de ansatte av ordningen med individuell plan?

### 7.6.1. Hvem passer IP for

Ordningen med IP og koordinator skal tilbys alle som er i behov av langvarige og sammensatt tjenester, uavhengig alder, diagnose eller hjelpebehov (Helsedirektoratet, 2015). Dette gjenspeiles i informantene utsagn om at IP kan passe for alle. Samtidig påpeker informantene at det er lite hensikt opprettes en IP for særlig eldre og de minste i barnehage. Aller best passet ordningen for dem som har mye uavklart foran seg og mange (sårbare) overganger, og da ble barn og unge nevnt oftest. De er også overrepresentert i antall opprettede planer. En informant nevnte at det også var en måte å ivareta foreldrene på.

At koordinatorrollen og IP kan ha en avlastende funksjon fant også Lorentsen og Berge (2006). Men en opprettet plan sier derimot ingenting om innhold eller oppfølging som mange har erfart. Det finnes mange eksempler på at planer ikke blir brukt, lest eller fulgt opp (Lorentsen og Berge, 2006, Helsetilsynet, 2006). Dette kan gi et bilde av at planen i seg selv kan ha liten verdi hvis den ikke har noen betydning for tjenesteapparatet (Breimo et. al. 2015). En informant nevnte at den individuelle planen også må ha en verdi for foreldrene og at de må ha et bevisst forhold til planen. Dette fordi IP i seg selv gir ingen garanti for at samarbeid finner sted. Flere informanter påpeker at det er viktig at det blir et nyttig verktøy og ikke et skalkeskjul hvor det ikke skjer noen ting.

Noen informanter velger andre måter enn IP å jobbe på, da opplevelsen er at IP er et tid- og ressurskrevende krevende verktøy og at man da velger andre måter som ikke er så formalisert (Helgesen, 2006, Anderson og Steihaug, 2008). Samtidig kan man oppleve at man ivaretar bruker gjennom andre måter på likeså god måte eller enda bedre med andre måter. Flere påpekte at man trenger ikke IP eller koordinator for å bli jobbet med. En informant nevnte også at hun mente at oppfølgingen kunne bli bedre uten IP eller koordinator.

Noen informanter sier imidlertid at de av og til innvilger IP selv om bruker ikke har mange tjenester å koordinere. Dette begrunner de med at det erfaringsmessig ofte blir et behov etter hvert når flere tjenester kommer til. Det å komme tidlig inn i familien med barn med utfordringer er et poeng som også kommer frem i St.meld.nr. nr 47 (2008-2009) i samhandlingsreform, og hvor man tanker at langtidseffekten med kanskje mindre press på andre typer tiltak kan være samfunnsøkonomisk. På en annen side, når det innvilges en IP, så blir en tjenesteyter pålagt å være koordinator. Hvis det derimot ikke er noen tjenester å koordinere kan

man ende opp med en utydeliggjøring av koordinatorrollen (Thommesen et al. 2004) Noen informanter fortalte at tjenesteytere ofte opplevde at de hadde funksjon å være sekretær eller tjener siden oppgavene deres ble å kalle inn til møter og skrive referat. Noen vil også hevde at dette er en sløsing med ressurser og bygge opp under et lite rettfærdig fordeling (St. meld.nr 10 2012-2013).

Lingås (2013) fremhever tre ulike menneskesyn han mener preger velferdsstaten behandling av brukere. Informantenes beskrivelse av foreldrene som slitne, sårbare og stressede, kan tyde på et dialektisk menneskesyn hvor man ubevisst trykker ned enkelte grupper mennesker. Dette sammen med det deterministiske menneskesynet, hvor individet blir sett på som et offer for ytre styrte prosesser, kan man ende med å sette inn en rekke tiltak for å støtte udekte behov. Dette igjen kan føre til en rekke uønskede følger. Green og Tones (2012) beskriver at deres bekymring er at det skapes et avhengighetsforhold mellom de mest maktesløse gruppene og samfunnets hjelpeinstanser. Som en informant fortalte, så er helsesøstrene veldig engasjerte- og kanskje litt for mye. Det er en balansen mellom å snakke noen sin sak, og forsterking av passiviteten og at hjelpeapparatet tar over kontrollen som bruker burde fått hjelp til å gjenvinne selv (Green og Tones, 2010). Det at en bydel tildeler en tjeneste som en annen kanskje ikke vil gjøre, kan også bidra til forskjellsbehandling, (St. meld.nr 10 2012-2013) og store variasjoner innad i kommunen.

Videre kan det være en utfordring at voksne brukere ser ut til å falle gjennom når det gjelder å få tildelt IP og koordinator. Informantene begrunnet dette i at det er dårlig forankret på voksensiden. Ordningen er lite kjent og har ikke fått den statusen den burde ha og det er liten vilje til å være koordinator blant tjenesteyterne. I utgangspunktet mente de fleste informantene at IP passet for alle som har uavklart forhold foran seg. Dette gjelder også for unge voksne hvor andre instanser må kanskje inn for å finne egnet jobb, bolig og fritidssysler tilpasset behov. NAV og boligkontor er eksempler på instanser som kanskje må kontaktes. Flere informanter forteller imidlertid at de har rutiner for overgangen 17 til 18 år. En informant forteller at bruker må søke på nytt ved fylte 18 år, og da ble det ofte ikke blir innvilget noe videre koordinator eller IP. Begrunnelsen for slik praksis var at det skal vurderes på nytt om behovet for koordinering fortsatt er tilstede. Andre informanter var tydelige på at de ikke slapp bruker før de var sikre på at de var klare eller at en annen instans tok over oppfølgingen.

#### 7.6.2. Samarbeid og kontinuitet

Det var en informant så påpekte at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ikke var slik hun skulle ønske. Det var en utfordring at de kom for sent inn i sakene når pasienter skulle skrives

ut til hjemmet, og at dette var noe hun jobbet for. Med utgangspunkt i samhandlingsreformen er det et poeng at kommunehelsetjenesten skal komme tidligere inn for å kunne sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt for å unngå presset på kompensierende tjenester (Helsedirektoratet, 2015). På den måten kan man oppnå å ta hensyn til både pasient og samfunnsøkonomiske perspektiv (St. meld.nr 47 (2008-2009)). Grunnen til at det er så vanskelig å få til et samarbeid mellom spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenesten, kan være at man har forskjellig måloppnåelse. Spesialisthelsetjenesten er opptatt av helbredelse, mens helsetjenesten i kommunen er opptatt av funksjon- og mestringsevne. GAP-modellen viser hvordan forståelse av funksjonsnedsettelse har dreid fra å være en tilstand hos den enkelte til en forståelse av funksjonshemming som et fenomen som kommer til uttrykk i en sosial kontekst (Grue, 2012). Derimot kan disse ulike måtene å tenke på gjøre at det kan bli vanskelig å møtes i en felles forståelse av rehabiliteringsprosessen. Rambøll (2010) påpeker også dette i rapporten *Perspektiver på god praksis*, hvor det ble fremhevet at begrepet rehabilitering har så mange betydninger at det må være en felles forståelse for at man skal kunne jobbe bedre tverrsektorielt. En annen faktor som kommer fram i informantenes uttalelser er at man generelt ikke kjenner til hverandre tjenester, og at det der oppstår mange misforståelser. Krav om tjenester i møter er et eksempel.

En informant påpekte utfordringer med å få andre tjenesteytere til å delta mer aktivt i planarbeidet. Holck (20014) mener det er en utfordring at koordinator blir den som sitter med alt ansvaret, mens de andre tjenesteyterne tar for lite ansvar for felles løsninger for bruker. En informant opplevde at flere tjenesteytere ikke tenkte over sin rolle i et større helhet. De bare kom og gjorde sin del. Dette er en utfordring, da helhetlig pasientforløp med god samhandling kan bare oppnås dersom den enkelte enhet i helsetjenesten har oppmerksomhet på sammenhengen mellom egen innsats og resten av behandlingsskjeden (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I forhold til hemmende faktorer for å delta i arbeidet med IP viste Hansen (2007) at ulik faglig ideologi, svak samarbeidskompetanse og ulike holdninger faktorer som kunne påvirke dette. Dette viser at samarbeid er viktig for måloppnåelse. For å oppnå samarbeid er lik forståelse en av forutsetningene (Helsedirektoratet, 2015).

Noen informanter forteller at de har noen utfordringer i forhold til å sikre overganger mellom for eksempel barnehage og skole. Da hender det at blir brudd i koordinatorbyttet. En annen informant forteller at hun av og til blir kontaktet av brukere som enten ikke vet hvem som er koordinatoren sin, eller som oppgir manglende oppfølging av koordinatoren. Begge disse scenarioene er uheldig for kontinuiteten for brukeren. Thommesen et. al. (2008) fant tilsvarende

i sin studie, hvor brukere kunne ha både IP og koordinator skrevet inn i journalen, men at de selv ikke visste det. Utarbeidelse av gode rutiner skal inngå i et kvalitetssystem for å sikre helhetlig arbeid (Helsedirektoratet, 2015). Dette kan tyde på at det er for dårlige rutiner blant koordinatorerne og måten de følger opp brukeren og hvordan overganger til en annen koordinator skal foregå. Det som derimot kom fram var at rutinen som gjaldt endringer relatert til overgang far barn til voksen, ble bedre fulgt opp. Det kan henge sammen med at det er enklere å lage og følge systemer og rutiner som man selv holder styr på administrativt, enn å følge med på om koordinatorene i praksis følger opp de rutinene som er lagt.

Det kan også være at man i en travel hverdag, prioriterer andre arbeidsoppgaver enn å kontakte bruker (Tosterud, 2007). Tjenesteytere har som oftest arbeidsoppgaver knyttet til sin profesjon, hvor koordinatorrollen kan oppleves å komme i tillegg og at de arbeidsoppgaven som følger profesjonen (Rambøll, 2010).

Et annet moment som kan påvirke koordinator oppfølging av bruker, er ulike forventninger man har til brukeren. Med rettigheter følger plikter, skriver Gilbert (2004) og mener med det at det ligger en forventning til mennesker om å ta mer ansvar, ikke bare delta, og at dette kan gå på bekostning av hva det offentlige skal bidra med. Følgene av dette kan være at det man avventer å ta kontakt med brukere, fordi man forventer at de tar kontakt selv hvis de har behov for det. Denne tilnærmingen kan bare fungere hvis bruker selv har gitt uttrykk for å ønske det slik, da folk har rett til å påvirke tjenestene de mottar gjennom brukermedvirkning (Breimo, 2015). Det å bestemme selv hva som er godt for en og bli sett på som likeveldig menneske er også et viktig element i det helsefremmende arbeid hvor empowerent er viktig (Stang, 2003). På en annen side er det ofte de mest sårbare og vanskeligstilte brukeren som har størst behov for en helhetlig tjeneste og oppfølging (NOU, 2005:3), og da bør det være rutiner som ivaretar bruker på en bedre måte.

### 7.7. Personlige egenskaper som ansees som nyttige for å ivareta ordningen

Koordinatoren har en sentral rolle i ordningen med IP, både når det gjelder å få gjennomført arbeidet med IP, men også fordi en dyktig koordinator ofte sees som årsaken til at samarbeidet mellom tjenesteyter og bruker oppleves som hensiktsmessig og godt (Ellingsen, 2006). Forskning om koordinatorene gjenspeiler gjerne deres egenskaper gjennom å «være noe» for bruker, slik som de blir beskrevet i Thommesen et al. (2001) sin studie, hvor koordinatoren blir beskrevet som en ringrev, en rydder og en pådriver. Det sier imidlertid ikke noe om dirket

personlige egenskaper, annet enn at man kan tolke å være en pådriver som å være tøff, men personlige egenskaper kan være vanskelig å gripe fatt i. Informantene var ganske samstemte på hvilke egenskaper som var nyttig for en koordinator å ha. Det handlet om å stort sett om å være tøff, uredd og tydelig. Dette var egenskaper de anså som viktige i møter med andre tjenesteytere og med foreldre som har ulike behov og som uttrykker disse på ulike måter. Flere informanter erfarte at det var store forskjeller mellom de som fungerte som koordinatorene. Noe ble beskrevet som veldig flinke, og disse hadde egenskaper som egnet seg til å være koordinator. Igjen så kommer man tilbake til behov for læring. For hvordan gjør man tjenesteytere i stand til å stå i koordinatorrollen? Vi kan starte med å ta utgangspunkt i Busch et al. (2010) sin teori om at menneskelig adferd er et resultat av indre og ytre faktorer i møte med ulike situasjoner i miljøet og hvor de personlige faktorene som motivasjon, kunnskap og verdier kan endres. De personlige egenskapene kan altså utvikles og endres etter hvert som vi lærer nye ting. En informant sa også at hun så for seg at det å være koordinator kunne utvikle ens personlige egenskaper.

En informant nevnte at egnethet er viktig, men egnethet kommer ikke av seg selv, og uten erfaring og tilstrekkelig opplæring kan det være vanskelig å stå i tøffe møter. Som en informant sa, de «nye er sikkert livredde». Det var også noen informanter som var enighet om at det er fordel med erfaring, men at erfaring ikke kunne læres på kurs, men noen andre informanter mente at de hadde god erfaring med å blande erfarne og nye koordinatorene for å gjensidig læring. Slike koordinator-samlinger ble imidlertid forskjellig mottatt blant koordinatorene, noe som kan tyde på at de som har egenskaper som beskrevet, og som har egnethet ikke opplever disse møtene like nødvendig som andre. En annen informant fortalte at de hadde ofte debriefing etter møter for å snakke om det som hadde vært vanskelig, både med tanke om å utvikle koordinator som menneske og utvikle rollen som koordinator. Utfordringen kan være at koordinatorene ikke nødvendigvis er samlokaliserte, men tilhører tjenestesteder som er geografisk langt fra hverandre. Det hadde de også tatt høyde for, da samme informant forteller at det er etablert en tverrfaglig sammensatt gruppe som sørget for at utfordringer fra ansatte i deres respektive enheter ble tatt med inn i møtet diskutert også tok de med seg inspirasjon og støtte tilbake til tjenesteyterne. Dette viser at det er mulig å skape støttende miljøer (WHO, 1986) rundt tjenesteytere som står i av og til svært utfordrende saker og tøffe møter.

Holch (2004), mener at det tas for lett på de utfordringene som ligger i å skape tverrfaglig samarbeid i praksis, da mange tjenesteytere bidrar for lite og koordinator sitter igjen med alt ansvaret. Mens Tosterud (2007) mener at det er travelheten til alle tjenesteytere som gjør at man



nedprioriterer oppgaver som man ikke må gjøre. Dette stiller igjen krav til koordinatorens evner til å få til et samarbeid. På helt umulige premisser kan noen si, koordinatoren har jo selv ofte andre forpliktelser i forhold til å utøve sitt fag, noe også informantene ytret som en utfordring i krevende saker. Fortsatt opplever mange at koordinatorrollen kommer på toppen av ordinære oppgaver forteller en informant. Dette kom også fram i Rambøll sin rapport (2010), som viste at dette kunne unngås med god opplæring, som ikke bare gav dem informasjon og innsikt, men også tro på at de kunne gjøre en god jobb og den kan gjøres på en god måte. Personlige egenskaper er viktige. Noen viser større egnethet til å ivareta rollen som koordinator, men for andre kreves det at de får kunnskap mulighet for en tettere oppfølging for å utvikle disse egenskapene.

## 8. KONKLUSJON

Hovedoppgaven til koordinerende enhet er å bidra til å sikre helhetlig og koordinerte tilbud til brukere med behov for flere tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Enheten skal fungere som et knutepunkt for brukere, tjenesteytere og for andre i hjelpeapparatet for råd og veiledning. Læring og mestring inngår i den kompetansehevingen som trengs slik at koordinatorene og deres ledere vet hva IP er og hvordan arbeidet relatert til planen skal organiseres, enheten skal også følge med om ordningen med IP og koordinator fungerer etter hensikten (Helsedirektoratet, 2015). Problemformuleringen denne studien skal svare på er:

### **Hvordan blir individuell plan ivaretatt av koordinerende enhet i Oslo kommune?**

I forhold til organiseringa av de 6 enhetene, hvor alle utenom én er tilknyttet søknadskontoret, har synlighet av enheten vært et sentralt fokus. Studien viser at KE er synlig for mange tjenesteytere, men det knyttes stor usikkerhet til hvor synlig enheten er for brukere, enkelte tjenesteytere og andre samarbeidspartnere. Dette innebærer også i forhold til enhetens evne til å spre tilstrekkelig kjennskap om enheten og ordningen til brukere og personalet i kommunen for øvrig. Informasjonsspredning er en utfordring, det viser også Rambølls rapport (2010). Det er likevel en forutsetning at tjenesteyterne kjenner ordningen godt nok til å spre denne informasjonen. Det er ikke noen systematisk rutiner for hvordan dette gjøres i dag.

Organiseringen av opplæringen som oftest fordelt på to regelmessige samlinger i året. Noen har ulike oppfølgingsrutiner i tillegg. Opplæring er ment å skulle gi ferdigheter og trygghet i koordinatorrollen. På den måten ønsker man å lettere rekrutterer koordinatorene. Per i dag er dette en utfordring, da tilnærmet alle bydelene sliter med rekruttering. Det er vanskelig å si noe om opplæringen er god eller dårlig, men den oppnår ikke formålet i tilstrekkelig grad.

I forhold til de ansatte oppfatning av ordningen, brukes lovteksten og faglig skjønn ved behandling av henvendelse om IP og koordinator. Likevel er det ulikheter i hvordan barn og voksne blir vurdert i KE. Forhold som antall planer, rekruttering av koordinatorene og ansvaret er utydelig i forhold til å følge opp voksne brukere.

Individuell plan blir innvilget uten at det nødvendigvis er mange tjenester å koordinere. Dette kan ha uheldige effekter i forhold til rettferdighetsprinsipper, ressursbruk, og skape avhengighetsforhold mellom bruker og helsevesen. På en annen side, tidlig intervensjon kan gi støtte og forutsigbarhet, som kan påvirke brukers evne til å mestre situasjonen, samt være samfunnsøkonomisk.

Samarbeid er generelt vanskelig, og ser ut til å bunne i ulik forståelse. Lite kjennskap til hverandre virksomhet og arbeidsmetoder, samt ulik tilnærming til rehabiliteringsprosessen gjør samarbeid til en utfordring.

Koordinatorens rolle er viktig, og mange brukere ser ut til å ønske kun en koordinator. Opplæring og støtte kan føre til utvikling av egenskaper som kan være nyttige for å ivareta bruker og individuell plan.

### 8.1. Implikasjoner for praksis og videre forskning

Det er særlig to områder som denne studien har belyst som kan ha stor betydning. Det ene er forankring. Administrativ forankring vil kunne bidra til at plasseringen blir utenfor eller tydelig adskilt fra andre enheter, hvilket vil potensielt kunne gi enheten en markant økt synlighet. Det er også behov for en bedre og bredere forståelse av hva enheten skal være og bidra med inn i rehabiliteringsarbeidet i bydelen. Opplæring er den andre. Det er viktig med både bredere spredning av informasjon om ordningen generelt og mer tilpasset og målrettet opplæring for koordinatorene.

Denne studien har avdekket ulik vurdering av voksen brukere og barn. Det hadde vært interessant å forske mer på i en større sammenheng, og sett om det tilsvarende funn i andre kommuner også, og hvorfor.

## LITTERATURLISTE

- Andersson, H.W og Steihaug, S. (2008). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (Vol. A4727). Trondheim: SINTEF.
- Andreassen, T.A. (2012). Brukerperspektiv. En annen kunnskap om rehabilitering I: Koren, P. og Slettebø (red.): *Rehabilitering: individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bakke, T. (2009). *Jeg har en plan! : tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan*.
- Bakke, T. (2011). *Koordinerende enhet binder tjenestene sammen*. Rapport utarbeidet på oppdrag av Helsedirektoratet.
- Breimo, J. P. (2012). «*Bundet av bistand*» : en institusjonell etnografi om organisering av rehabiliteringsprosesser. Universitetet i Nordland, Bodø.
- Breimo, J P. og Thommesen, H. (2012). Koordinerende enhet som uttrykk for reformprosesser i offentlig forvaltning. I: Koren, P. og Slettebø (red.): *Rehabilitering : individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Breimo, J. P., Normann, T., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. (2015). *Individuell plan: samspill og unoter*. Oslo: Gyldendal.
- Brown, L (2010). Balancing Risk and Innovation to Improve Social Work Practice. *British Journal of Social Work*. Vol 40
- Busch, T. (2013) *Akademisk skriving*. Bergen:Fagbokforlaget.
- Busch, T., Dehlin, E., & Vanebo, J. O. (2010). *Organisasjon og organisering* (6. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Czarniawska, B. (2008). *A Theory of Organizing* Cheltenham, UK. Edward Elgar Publishing.

- Dooris, M. (2002). *The Setting Approach: Looking Back, looking Forward I*: Scriven, A. and Hodgins, M. Health Promotion Settings, SAGE Publications Ltd
- Gilbert, N. (2004). *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*. New York: Oxford University Press.
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion: planning and strategies*. Los Angeles: Sage.
- Grue, L. og Rua, M. (2010). *Funksjonsnedsettelse, oppvekst og habilitering*. Oslo: NOVA Rapport 19/2010
- Grut, L. (2008). *Erfaringer med bruk av individuell plan*. En litteraturoversikt. SINTEF Helse Rapport A6178
- Hansen, G V. (2007) *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktoravhandling Karlstad University Studies
- Hatland, A og Terum, (2005). *Skreddersøm, skjønn og rettigheter*. I: Bay, A.H, Hatland, A., Hellevik. T og Koren, C. (red) *De norske trygdene: Fremvekst, forvaltning og fordeling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2010). *INDIVIDUELL PLAN- Veileder til forskrift om Individuell Plan*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om Rehabilitering, Habilitering, Individuell Plan og koordinator*. Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2014) Rapport fra tilsyn med Oslo kommune sitt arbeid med løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven Hentet fra [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) 11.11.2016
- Helseetaten (2015), Rutiner for bruk av ACOS IP i Oslo kommune Hentet fra [www.Helsedirektoratet.no](http://www.Helsedirektoratet.no) 04.09.2016

- Hjelmtveit, V. (2009). *Sosialpolitikk og teorier om sosiale problemer*. I: Stamsø, M A, Velferdsstaten i endring: Norsk sosialpolitikk ved starten av ett nytt århundre. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Holck, G. (2004). *Kommunenes styring av komplekse oppgaver: kommunal tverretattlig tjenesteyting overfor barn og unge med funksjonsnedsettelse*. Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo Unipub.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kjellvold, A. (2013) *Retten til individuell plan*, 4. utgave. Bergen: fagbokforlaget
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*: Gyldendal Akademisk.
- Lingås, L G.(2013). *Ansvar for likeverd: etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering* 2.utgave Oslo: Gyldendal akademisk
- Lorentsen, Ø. og Berge, A R. (2006). *Individuell planer- brukernes erfaringer og opplevelser. En undersøkelse av brukeres egne erfaringer og synspunkter*. Arendal: Rehab.Nor
- Lovdata, (1992). Lov om barnevernstjenester av 17 juli 1992 nr 100
- Lovdata, (2011). Lov om helse- og omsorgstjenester m.m.av 24 juni 2011, nr 30 (Helse og – omsorgstjenesteloven). Hentet fra [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) 02.05.2016
- Lovdata. (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) 21.08.2016
- Lovdata. (2016). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) 21.08.2016
- Lunde, B V (2015). *Utvidelse, ulikhet og motstand. Kommunale aktørers oversettelse av helhetlig rehabiliteringspolitikk*. PhD-avhandling. Bodø: University i Nordland

- Lundeby, H. og Tøssebro, J. (2004) *Kampen om tilfredsheten- om tjenester til familier med funksjonshemmede barn*. I: Askeheim O P. Andersen, T. og Eriksen, J.: *Sosiale tjenester for familier som har barn med funksjonsnedsettelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Mæland, J G. (2010). *Forebyggende helsearbeid- folkehelse i teori og praksis*. 3.utgave Universitetsforlaget.
- Myrvold, T M og Helgesen, M. (2005) *Psykisk helsearbeid, En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner*. Oslo: NIBR-notat
- Nilsen, E. (2011). *Kommunal ivarketting av retten til individuell plan*. Tidsskrift for velferdsforskning 14(2):79-94
- Neumann, C. E. B., & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen : en metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- NOU 2001: 22. *Fra bruker til borger- En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer*. Hentet fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) 21.08.2016
- NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkeltbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlag.
- Olsen, B. C. R. (2009). *Om å vite best, sammen : brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Resource manual for nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>th</sup> ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rambøll, A. S (2010) *Knutepunkt for koordinering*. Utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet

- Rambøll, A. S. (2010). *Perspektiver på god praksis : en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner*. Utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet, Avdeling minoritetshelse og rehabilitering.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønningen G. (2003) Nærmiljø. Nostalg- eller aktuell arena for forebyggende og helsefremmende arbeid. I: Hauge, H.A & Mittelmark, M.B. (red.) Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog? Bergen: Fagbokforlaget
- Sandvin, J. (2012) Rehabilitering som koordinering og samhandling I: Koren, P. og Slettebø (red.): *Rehabilitering, individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Scott, W. R. (1992). *Organizations : rational, natural, and open systems* (3<sup>rd</sup> ed. utg.). Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- St.meld 10 (2012-2013) *God kvalitet-trygge tjenester- kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenestet* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. meld. 21. (1998-99). *Ansvar og meistring*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Helse- og sosialdepartementet.
- St.meld 26 (2014-2015) *fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld 47. (2008-2009) *Samhandlingreformen*. Rett behandling-rett sted-til rett tid. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse: En innføring i begrepet og «empowermenttenkningens» relevans for ansatte i velferdsstaten. I M. B. Mittelmark & H. A. Hauge (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* (s. 141-161). Bergen: Fagbokforlaget.



- Thommesen, H.(2010). Sanmarbeid, samhandling og samordning. I: Thommesen, H. (red.) Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thommesen, H., Normann, T., & Sandvin, J. T. (2008). *Individuell plan : et sesam, sesam?* (2. utg. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- TNS Gallup (2007) *Kartlegging, Individuell plan*. Tabellrapport
- Trollvik, A. (2011) Barn som har astma- Helsefremmende læring I:Lerddal, A. og Fagermoen (red) *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv I praksis og forskning*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra [www.who.int](http://www.who.int) 13.10. 2013
- Wikipedia. (2016). *Oslo*. Hentet fra [www.no.wikipedia.org/wiki/Oslo](http://www.no.wikipedia.org/wiki/Oslo) 21.08.2016

## Vedlegg 1

Steffen Torp  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap Høgskolen i Sørøst-Norge  
Papirbredden - Drammen  
3045 DRAMMEN



Vår dato: 26.09.2016

Vår ref: 49702 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49702	<i>Hvordan ivaretas ordningen om individuell plan av koordinerende enhet i Oslo kommune?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Steffen Torp</i>
<i>Student</i>	<i>Liv Marit Strand</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Liv Marit Strand liv.strand@gmail.com

## Vedlegg 2

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

## **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave**

Jeg skriver en masteroppgave i Helsefremmende arbeid ved Høyskolen i Sørøst-Norge, hvor temaet for oppgaven er koordinerende enhet og individuell plan. Hensikten med studien er å se på hvordan ordningen individuell plan blir ivaretatt i Oslo kommune.

Som et ledd i datainnsamlingen ønsker jeg å intervju deg, eller noen i din enhet som er ansatt i koordinerende enhet, med ansvar for, eller har god kjennskap til ordningen individuell plan. Forespørsel om deltagelse går til bydelene som er tilfeldig valgt ved loddtrekning. Det vil si at ikke alle bydelene i Oslo deltar i studien, kun et utvalg.

Deltagelse i studien innebærer å delta i et intervju som varer ca. én time. Jeg tar kontakt med deg for videre avtale om hvor og når intervjuene kan finne sted.. Eller gjøres det oppmerksom på følgende punkter:

- Deltagelse er frivillig og du kan når som helst kan trekke deg fra studien uten å måtte begrunne dette nærmere.
- Din identitet vil ikke bli oppgitt, og hverken du eller bydelen vil ikke kunne bli identifisert gjennom informasjon du gir. Dette gjelder også ved bruk av sitater.
- Alle intervjuene vil bli tatt opp på lydfil. Dette gjøres for å lettere kunne jobbe med materialet i etterkant. Hvis du ikke ønsker dette, ber jeg deg om å si fra om dette i forkant.
- All informasjon som kommer fram i intervjuet vil bli anonymisert innen prosjektslutt 15.11.16. All data blir behandlet konfidensielt og alle opptak vil bli slettet etter behandling. Alle elektroniske hjelpemidler er beskyttet med passord/kodelås, og dataene krypteres etter høyskolens interne rutiner for datasikkerhet.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD-Norsk senter for forskningsdata AS.

Skulle det være noen spørsmål kan du ta kontakt med meg eller min veileder Steffen Torp, [steffen.Torp@hbv.no](mailto:steffen.Torp@hbv.no) eller på telefon 95933134

Vennlig hilsen

Liv  
[liv.strand@gmail.com](mailto:liv.strand@gmail.com)  
93822464

Marit

Strand

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt informasjon og er villig til å delta i forskningsstudien.

Signatur og dato

-----

**Vedlegg 3**

## Intervjuguide

**Hvordan ivaretas ordningen individuell plan i koordinerende enhet i Oslo kommune?**

- 1. Hvordan er koordinerende enhet organisert i bydelen?**
- 2. Hvilken oppfatning har ansatte av ordningen IP og koordinator?**
- 3. Hvilken måte kan personlige egenskaper påvirke ivaretagelse av ordningen?**

### **Organisering/Ytre faktorer**

- 1 Kan du fortelle om organiseringen av KE?**
  - Hvor er enheten plassert, (idealtipe)
  - Kan du si noe om forankringen?
  - Arbeidsinstruks til KE og/eller knyttet til din stilling.
  - Andre arbeidsoppgaver enn av ordningen IP
  - Antall ansatte i KE, team, fordeling
  - Hva gjør dere for å være synlig og synliggjøre tjenesten IP?
  - Er det tydelig hvem som har ansvaret for IP og koordinator?
  - Opplæring av koordinatører
- 2 Hvordan legges det opp til at koordinatorene skal gjøre en best mulig jobb? Hvor godt forankret er det at alle bør gå på kurs, hvordan legger KE opp kurs?)**
- 3 Hvordan opplever du at koordinatorene blir anerkjent i sin rolle og får rom av sine ledere til å ivareta koordinatoransvaret?**

### **Hvilken oppfatning har de ansatte av ordningen?**

- 4 Kan du si noe om organiseringen av Individuell Plan her i bydelen?**
- 5 Hvilke kriterier legger dere til grunn for innvilgelse av IP?**
  - Hva legger dere i langvarig?
  - Hva legger dere i koordinerte tjenester?
- 6 Har du gjort deg noen tanker om hvem IP passer godt for?**

### **Kvalitet**

- 7 Hvordan vil du beskrive kvaliteten på tjenesten IP ift:**
  - Virkningsfulle
  - Brukerinvolvering og innflytelse

- Samordnet og forutsigbar
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt.

8 Hva opplever du dere bydel god på, hva skal bydelen jobbe vider med?

## Standardisering vs Individualisering

9 Hvilke tanker har du om bruk av standardiserte maler (ACOS IP, søkeskjema) ift søknad og utarbeidelse av plan?

## Samarbeid

10 Hvordan opplever du KE som knutepunkt for samordning av tjenester?

11 Hvordan opplever du tjenesteytere evne til samarbeid uten IP og/eller involvering fra KE?

12 Hvordan har ACOS IP påvirket samarbeid?

13 Hva tenker du kunnet vært en god kvalitetsindikator for IP?

## Personlige egenskaper

14 Tror du, og på hvilken måte kan personlig egenskaper hos ansatte i KE kan ha noe å si for hvordan ordningen fungerer eller ivaretas? Kontra faglige?

15 Hva opplever du som den største utfordringen med ordningen med IP?

16 Hva mangler ordningen og eller din stilling etter din mening?

