

KAPITTEL 6

Trenger ROP-brukere en individuell plan?

Gunnar Vold Hansen

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Abstract: In this chapter, we take a closer look at experiences using individual plans and the role of the coordinator responsible for those participating in such plans. The starting point is that only a small number of service recipients with dual diagnoses have individual plans, while more than half of them have an appointed coordinator. This raises several questions. One is whether individual plans are a tool for service recipients or for service providers; another question is how coordinators can best assist service recipients with their daily challenges. The chapter concludes that the best help for service recipients with dual diagnoses is to have a coordinator who works as a “boundary spanner”.

Keywords: boundary spanning, coordinator, individual plan

Innledning

De nye helselovene som kom i 2001 hadde blant annet det til felles at de innførte en rett for pasientene til å få utarbeidet en individuell plan og å få oppnevnt en koordinator som skulle ha ansvar for å utforme planen. En individuell plan skal være et middel til å sikre helhetlige og samordnede tjenester. Dette skulle tilsi at mange ROP-brukere fikk en slik plan. Slik er det ikke i praksis. I 2018 – nesten 20 år etter at ordningen med individuelle planer ble innført – hadde bare et sted mellom 10 og 15 prosent av ROP-brukerne en individuell plan (Brukerplan, 2019). Et av kravene ved utformingen av en individuell plan er at det skal oppnevnes en

Sitering av denne artikkelen: Hansen, G. V. (2021). Trenger ROP-brukere en individuell plan? I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 6, s. 111–129). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch6>
Lisens: CC-BY 4.0

koordinator som skal ha hovedansvaret for å oppfølgingen av planen. I 2012 ble regelverket endret slik at kommunene fikk ansvar for å oppnevne en koordinator, også i de tilfellene der brukerne ikke selv ønsket en individuell plan. Denne plikten som kommunen ble pålagt i 2012, blir oppfylt for om lag 60 prosent av ROP-brukerne (Brukerplan, 2019). En mulig forklaring på dette er at brukerne selv ikke ønsker en slik plan. Det reiser spørsmålet om ROP-brukere trenger individuelle planer.

I den nasjonale veilederen «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» sies det at formålet med individuell plan og koordinator er å

- «sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer» (Helsedirektoratet, 2015, s. 103)

Det understrekes også at: «Formålet med koordinator er det samme som for individuell plan. Forskjellen er at det ikke er krav til å utarbeide et plandokument. Som koordinator yter man helsehjelp, og arbeidet må derfor likevel dokumenteres på linje med øvrig tjenesteyting» (Helsedirektoratet, 2015, s. 107). Dette beskriver en klar målsetting både med individuelle planer og koordinatorene, og gir grunnlag for å vurdere om målsettingen faktisk blir fulgt opp i praksis.

Erfaringer med individuell plan og koordinator

Erfaringene med bruk av individuell plan innenfor psykisk helse og rusfeltet er blandet. Det er gjennomført flere kvalitative undersøkelser som tyder på at det er klare utfordringer knyttet til å innføre individuelle planer for mennesker med rus- og psykiske lidelser.

En del av brukerne synes at en individuell plan gir god oversikt over hvilke tjenester som er inkludert i tjenestetilbudet og hvem som er

kontaktpersoner (Breimo, 2016; Humerfelt, 2012). Også tjenesteytere trekker dette frem som et positivt resultat av individuelle planer (Hansen, 2007). Selv om brukerne i begynnelsen ser fordeler med individuelle planer, synes det likevel som om planene først og fremst ivaretar tjenesteyternes behov for å ha en samlet oversikt både over bakgrunnsopplysninger og deltakere. For enkelte av brukerne blir da en stor utfordring at den individuelle planen inneholder svært omfattende og detaljerte opplysninger om brukerens situasjon (Breimo, 2016). Humerfelt (2012) viser for eksempel til at en del av brukerne i hennes undersøkelse opplevde at fortrolige opplysninger som var tatt med i den individuelle planen ble desavuert av tjenesteytere som ikke fulgte opp den individuelle planen. Det finnes også verktøy for nettbaserte individuelle planer. Også evalueringen av disse viser at slike digitale individuelle planer også kan føre til forbedringer i form av bedre oversikt for brukere og tjenesteytere, lettere å opprettholde kontakt med hverandre, og lettere å samarbeide (Michalsen et al., 2011).

Flere undersøkelser peker på at brukernes holdning til individuelle planer er nært koblet til hva slags relasjon de har til koordinatoren (se f.eks. Humerfelt, 2012). Bjerkan, Vatne & Hollingen (2014) deler både brukere og tjenesteytere/koordinatorene inn i engasjerte og uengasjerte deltakere. De viser at det bare er de engasjerte deltakerne som ser fordelene med den individuelle planen. Selv om noen engasjerte brukere klarer å overta ansvaret for å lede samordningen av tjenestene selv, er hovedinntrykket likevel at det er når både koordinator og bruker er engasjerte at man får positive til individuelle planer. Manglende engasjement hos tjenesteyterne kan også ha en sammenheng med at kunnskapen om hva en individuell plan er og hvordan den skal brukes ikke er særlig god blant tjenesteyterne (Humerfelt, 2012).

Ansvarsgrupper er et sentralt hjelpemiddel i arbeidet med individuelle planer, og slike benyttes også i stor grad uten at det utarbeides en individuell plan. I 2018 hadde nesten halvparten av alle registrerte ROP-brukere en ansvarsgruppe (Brukerplan, 2019). Selv om ansvarsgrupper ikke er regulert i lovgivingen, er det åpenbart at mange ser slike grupper som et viktig hjelpemiddel for å skape helhetlige og samordnede tjenestetilbud. Likevel er det en del svakheter med denne ordningen også. Det er

blant annet et problem at ansvarsgruppemøtene bare i begrenset grad blir brukt til å utforme en strategi og beslutte hvilke tjenester brukeren skal ha. I en observasjonsundersøkelse av 13 ansvarsgruppemøter peker Hansen (2007) på at det kan skyldes at de tjenesteyterne som deltok, ofte var mest opptatt av å rapportere om det som hadde skjedd. En annen forklaring er at mange ansvarsgrupper møter sjelden. Godt samarbeid er ofte avhengig av at man har etablert gode relasjoner over tid (Hudson, 2004). Det er da også et problem når noen opplever at sentrale deltakere i ansvarsgruppen ikke møter (Humerfelt, 2012). I de tilfellene der man etablerer faste team som møtes regelmessig flere ganger i måneden ser det ut som disse langt på vei klarer å løse en del av de problemene man ellers ser med ansvarsgrupper (Hansen & Ramsdal, 2014).

Et av kravene ved utformingen av en individuell plan er at det skal oppnevnes en koordinator som skal ha hovedansvaret for å oppfølgingen av planen. Som allerede nevnt ble regelverket endret i 2012, slik at kommunene fikk ansvar for å oppnevne en koordinator, også i de tilfellene der brukerne ikke selv ønsket en individuell plan. Dette synes å være en fornuftig utvikling, og flere undersøkelser har vist at selv om både brukere og tjenesteytere er kritiske til resultatene av individuelle planer, så peker mange på at koordinatorene kan ha en viktig rolle i å samordne tjenestetilbudet (Hansen, 2007; Holum & Toverud, 2013; Humerfelt, 2012). Konsekvensen av dette er at nå har om lag 60 prosent av alle ROP-brukere fått oppnevnt en koordinator (Brukerplan, 2019).

Også i andre sammenhenger er det utformet koordinatorstillinger med særlig ansvar for å følge opp brukere og tilrettelegge for samordnede og helhetlige tjenester. NAV har for eksempel etablert en ordning med veilednings- og oppfølgingsloser som skulle samordne NAVs tiltak med blant annet arbeidsgivere og kommunal helsetjeneste. Evalueringen av disse konkluderte med at både brukere og andre tjenesteytere hadde stort utbytte av disse losene (Proba samfunnsanalyse, 2012). Tilsvarende erfaringer gjorde man også med det såkalte tillitspersonsforsøket, der man opprettet særskilte stillinger (tillitspersoner) som fikk ansvar for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer. De positive resultatene med dette forsøket ble blant annet knyttet til at tillitspersonene kunne være oppsøkende både overfor brukere og andre

tjenesteytere (Aspelund et al., 2011). Erfaringene med ulike former for koordinatorfunksjoner synes derfor å være gode.

Som pekt på foran har Helsedirektoratet (2015) lagt til grunn at formålet med en koordinator er det samme som med en individuell plan. Det gir grunnlag for å reise spørsmålet om en koordinator kan ivareta brukerens interesser fullt ut uten at det utarbeides en individuell plan. I så fall er det viktig å se på hvordan en koordinator bør utforme rollen sin og løse arbeidsoppgavene. I den forbindelse kan teorien om *boundary spanning* være relevant.

Williams (2002) hevder at brukergrupper som kjennetegnes av *wicked problems*, trenger en tjenesteyter som kan tilrettelegge et individuelt tjenestetilbud til hver enkelt bruker – en koordinator. Koordinatorrollen kan utføres på ulike måter. Det ene ytterpunktet er en passiv rolle der man først og fremst holder oversikt over hva de enkelte aktørene bidrar med uten å påvirke innholdet i de ulike aktørers tilbud. Det andre ytterpunktet er en aktiv rolle der man sørger for at de ulike aktørene i fellesskap skaper et helhetlig tjenestetilbud. En koordinator som tar en slik aktiv rolle kalles en *boundary spanner*. *Boundary spanning* består av fire sentrale oppgaver. Den første oppgaven er å etablere et nettverk av ulike tjenesteytere som kan bidra til å samarbeide om å yte et helhetlig tjenestetilbud. Den andre oppgaven handler om å sikre god kommunikasjon slik at brukeren og de ulike tjenestene har felles forståelse og kan kommunisere seg imellom uten at det oppstår misforståelser. En tredje oppgave er å se hvilke muligheter som foreligger, og gjerne velge utradisjonelle løsninger dersom det er grunn til å tro at dette kan være i brukerens interesse. Den siste oppgaven knyttes til planlegging og administrering av et helhetlig tjenestetilbud slik at tjenestene gir maksimal positiv effekt for brukeren (Williams, 2011). Dette kapitlet vil belyse nærmere om *boundary spanning* kan ivareta brukernes behov for helhetlige og samordnete tjenester på samme måte som en individuell plan.

Metode

Dette kapitlet bygger på de dataene som er beskrevet i kapittel 2 i denne antologien. Det vil si intervjuer med ansatte på et seminar og individuelle

intervjuer med 13 brukere. Alle intervjuene ble skrevet ut etter at det var blitt tatt opp med en digital opptaker. Bare de delene som omhandlet organisering av helhetlige tjenestetilbud, individuelle planer og koordinatorer, samt relasjoner mellom bruker og tjenesteyter, er blitt brukt i dette kapitlet. Intervjuene er analysert i en form for innholdsanalyse der det hele tiden utvikles teorier og hypoteser som testes mot data (Ruona, 2005). For å kunne koble teorien om *boundary spanning* til data, ble data organisert i tråd med de fire hovedoppgavene som teorien beskriver: nettverk, kommunikasjon, se muligheter og administrasjon. I tillegg ble det også inkludert et tema med brukernes synspunkter. Hvert tema ble så analysert, delvis med sikte på om dette var oppgaver som informantene la vekt på og delvis for å avklare om dette var relevante oppgaver for en koordinator slik målsettingen med individuelle planer koordinatorer er beskrevet i rundskrivet fra Helsedirektoratet. Til slutt ble all tekst fra intervjuene lest igjennom på nytt for å finne ut om det fortsatt var relevante poenger som ikke var fanget opp gjennom analysen.

Resultater

Brukernes synspunkter

Det er 3 av de 13 brukerne som sier de har en individuell plan, men ingen av dem vet hva som står i den. Den individuelle planen synes derfor å være av liten betydning for brukerne. En av brukerne ønsker seg en individuell plan fordi vedkommende mener at det kan få frem hvilke behov vedkommende har. I praksis synes det som om denne brukeren først og fremst er opptatt av å få utvidet tjenestetilbudet. Det er derfor lite i tilbakemeldingene fra brukerne som tyder på at de ser individuelle planer som et redskap for å ivareta det omfattende formålet knyttet til samordning og brukermedvirkning som er beskrevet i Helsedirektoratets veileder.

Det som er mest påfallende, er at så få av brukerne kjenner til begrepet individuell plan, eller vet hva den skal være. Tjenesteyterne begrunner få individuelle planer med at «brukerne ønsker seg ikke noen plan». Det inntrykket som tilbakemeldingene fra brukerne gir, er at de i liten grad har visst hva de i så fall sa nei til. Om det faktisk er slik at brukerne ikke ønsker seg en individuell plan, eller om det bare er at de ikke har fått

tilstrekkelig informasjon om hva en slik plan er og hvilke muligheter den gir, gir data i denne undersøkelsen ikke grunnlag for å si noe om.

Det som likevel er helt åpenbart i brukernes tilbakemeldinger, er at de ønsker å forholde seg til en eller to sentrale personer. Det er få som benevner denne personen som en koordinator, stort sett bruker de fornavnet på vedkommende. Utsagn av typen «Jeg har en person å forholde meg til» er gjennomgående i brukerintervjuene. Det er derfor ikke overraskende at en av brukerne konkluderte med: «Det er hun som styrer alt rundt meg.» Mange brukere må forholde seg til NAV for å få penger, men ellers er det mange som beskriver hvordan kontakt med andre tjenester går gjennom den sentrale primærkontakten. For en av brukerne var ordningen helt klar: «Jeg vet hvem jeg skal prate med. Jeg har et telefonnummer jeg kan ringe. Jeg føler trygghet.» Det er også interessant å registrere at brukeren fremhever at forholdet til koordinatoren fører til at vedkommende føler trygghet. Denne tryggheten, som både vedkommende og andre beskriver, handler særlig om to forhold. For det første er det tydelig at det i stor grad handler om at de har etablert en relasjon til minst en person som de stoler på, og som de oppfatter at lytter til dem og tar dem på alvor ved å prøve å løse problemene deres. I tillegg ser det ut som om mange oppfatter denne sentrale personen som en talsmann overfor andre tjenester. Dette vil bli belyst mer siden.

Nettverk

Det synes som om det er nokså stor enighet blant de ansatte om at ulike former for møter er det viktigste bidraget til å få på plass samordning. Den mest brukte samarbeidsarenaen er åpenbart ansvarsgruppemøter. Mange av de ansatte mener at ansvarsgrupper i stor grad kan gi samme gevinst som en individuell plan. En av de ansatte beskrev det slik:

Jeg tenker det viktigste er jo at de områdene som de tenker er viktig blir tatt opp. Og jeg ser at ofte det varierer veldig hva de har behov for òg. Da er det bedre å ha en ansvarsgruppe. For det er stadig nye ting. Det er noe jeg har opplevd, i alle fall. Og da er det lettere å variere i en ansvarsgruppe, synes jeg, enn å skrive en IP, da. Vi skriver jo referat og hva vi gjør og hva ... Til neste gang. Så det blir jo mye på det samme.

Her trekker vedkommende frem flere poenger. For det første oppleves ansvarsmøter som en fleksibel arena der man kan tilpasse seg forholdsvis raskt til endringer i brukerens behov og ønsker. Samtidig kan man endre tjenestetilbud etter hvert som man ser hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Det er dessuten viktig å legge merke til understrekningen av at tjenestetilbudet og arbeidsdeling blir dokumentert skriftlig gjennom referater fra møtene. Dette blir nærmere belyst senere.

Likevel er det ikke alltid at ansvarsgrupper oppleves som den riktige nettverksarenaen for å bygge opp et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Mange av brukerne har problemer med å forholde seg til større grupper, og flere ansatte anbefaler derfor at man bygger opp relasjoner og samarbeid over tid: «Det er viktig å vite når det er hensiktsmessig å koble på andre tjenester – brukerne ønsker å få tjenester fra få personer.» Dette utsagnet bekrefter det som er pekt på foran – mange brukere ønsker å ha én person å forholde seg til, og overlater til vedkommende å bygge opp et mer omfattende tjenestetilbud. Det setter nokså klare krav til disse tjenesteyterne. Det å ha god kjennskap til andre relevante tjenester, slik at brukeren får ivaretatt sine behov, anses derfor som en svært viktig kompetanse hos de ansatte. Mange av informantene understreker dessuten at det er ikke nok å kjenne til andre tjenester, man må også etablere relasjoner med de andre tjenestene og på den måten skape gode nettverk. En understreket det på følgende måte: «Det er viktig å ha arenaer der man kan få kontakt med andre – møteplasser.»

Brukerne hadde ulik erfaring med ansvarsgruppemøter. Noen syntes det var greit, mens andre kunne fortelle at de var redde for å spørre når de ikke klarte å følge med i diskusjonen. Andre hadde historier der de ikke hadde klart å bli sittende i møtet fordi belastningen ble for stor. En del av kontakten med de ulike tjenestetilbudene foregikk derfor i utgangspunktet en til en, men heller ikke dette var uproblematisk.

Kommunikasjon

Flere utsagn foran peker på at brukerne ønsker å forholde seg til en person som de har tillit til. Det kan være gode grunner til det. En av grunnene kan være at det oppleves svært belastende å kommunisere med

tjenesteytere man ikke kjenner og som man ikke har tillit til. Den løsnin-gen som mange trekker frem, er å ta med seg koordinatoren i møter med andre tjenesteytere. En av brukerne fortalte: «Det er mange av de som jobber i NAV som ikke kan så mye om rus, psykisk helse og tilfriskning og sånt. Det er begrenset hva de kan [...] da tar jeg med NN som kan forklare den psykiske biten.»

Denne uttalelsen tyder på at brukeren opplever at andre – i dette tilfellet NAV – ikke forstår vedkommendes situasjon og sykdom. Brukeren generaliserer manglende kompetanse i NAV, men det er større grunn til å tro at dette også handler om spesifikk innsikt den enkelte brukers situa-sjon. Det kan derfor være grunn til å tro at dette egentlig handler om at mange brukere generelt sett trenger en talsmann som kan beskrive og formidle brukerens behov på et faglig fundert grunnlag. Dette kan også handle om at mange opplever at å møte ukjente for å be om hjelp som svært belastende. En av brukerne illustrerte dette med følgende historie:

Jeg har jo bare hørt dritt om NAV. Så første gang jeg var der satt jeg bare og gråt foran saksbehandleren i 20 minutter først, ikke sant. Men da var XX med meg. Så når jeg gråt og ikke klarte å få frem ordene, så hjalp XX meg med å si: ja hun er jo litt nervøs da. Hvis XX ikke hadde vært der, så er det ikke sikkert at jeg hadde fått frem et ord.

Selv om de fleste historiene brukerne forteller ikke er like dramatiske, er den likevel representativ for mange brukeres opplevelse av hvordan det er å møte opp på et kontor og be om ulike tjenester. Usikkerheten som beskrives i denne historien må ses i sammenheng med den tilliten til koordinatoren som brukerne har beskrevet foran. Det synes derfor klart at situasjonen for brukerne blir vesentlig bedre dersom de i slike situasjo-ner har støtte fra en koordinator som kjenner dem og som de har tillit til.

Se muligheter

En av de ansatte peker på at det er viktig at ansatte «har kjennskap til andre kommunale tjenester og vet når det er hensiktsmessig å koble til andre tjenester». Brukerne har normalt begrenset innsikt i hvilke tjenes-tetilbud som finnes, og hvilke som kan dekke de ulike behovene best. For

brukerne er det derfor en fordel både om koordinatoren kan informere om ulike tjenester og om koordinator og bruker kan vurdere i fellesskap hvilke tjenestetilbud som er ønskelige. Dette er en tilnærming som også ivaretar ønsket om å gjøre tilbudet til den enkelte mest mulig individuelt tilpasset.

I mange tilfeller er det også behov for å finne løsninger som ikke er helt åpenbare. Valg av hva som er den mest hensiktsmessige løsningen, bygger gjerne på en diskusjon der ulike løsningsalternativer vurderes. I mange tilfeller må derfor en koordinator være noe mer enn bare en talsmann for brukeren. Noen ganger er det behov for en som kan være opptatt av å finne utradisjonelle løsninger. En av de ansatte beskrev det på denne måten:

Dersom man bare sender en søknad så svarer for eksempel NAV bare på det man søker om. Av erfaring vet vi at det finnes løsninger. Hvis vi får til et møte der vi og brukerne deltar, så tyder erfaring på at det er lettere å finne en løsning.

Denne uttalelsen tyder på at det i noen tilfeller kan være nødvendig å få til en prosess der man leter etter løsninger ut over det som er skissert for eksempel i en søknad. Selv om det foran er pekt på at en koordinator bør ha en god innsikt i tjenestetilbudet, kan man ikke forvente detaljkunnskap om de ulike tiltakene. Det er derfor viktig at en koordinator kan være aktiv og diskutere seg frem til løsninger med de ulike tjenestetilbyderne.

Noen ganger kan det være enkelt å finne frem til alternative løsninger, slik en av fastlegene gjorde ved å henvise brukere til privatpraktiserende psykolog for å unngå lang ventetid i det offentlige tilbudet. Poenget er at for brukerne er det viktig å ha en person som hjelper med å finne løsninger, og som ikke lar seg stoppe av at tradisjonelle løsninger er stengt eller ikke fungerer.

Administrasjon

I et av utsagnene foran pekes det på at man skriver referater fra ansvarsgruppemøter, og at dette i mange tilfeller erstatter en individuell plan. Dette er et poeng som flere trekker frem. En annen ansatt har en tilsvarende uttalelse:

Ikke alle har IP, men mange har ansvarsgruppe. Og vi jobber, vil jeg si, på samme måte som de gjør i IP. De kommer jo opp i de problemområdene de ønsker å jobbe med. Og så skriver vi jo referater på det. Så jeg vil jo si det blir på litt av den samme måten.

Det er flere ansatte som på denne måten fremhever at slike referater er en like god dokumentasjon på planlegging og ansvarsdeling som en individuell plan. Disse uttalelsene må ses i sammenheng med formuleringer som at «koordinatorer må styre og ta ansvar for ansvarsgruppemøter», som også går igjen hos flere av de ansatte. Dette fremstår som en anbefaling om at koordinatoren både må ta ansvar for at ansvarsmøter blir gjennomført, at det blir skrevet referat og at vedtak som er gjort blir fulgt opp.

Det ser derfor ut som om det er stor enighet om at en koordinator har en sentral oppgave med å administrere et samordnet tjenestetilbud. Det er foran sitert flere beskrivelser der det fremheves at koordinatorene må ha kjennskap til de ulike tjenestene, at de må ta stilling til når andre skal kobles på tjenestetilbudet og at de må ha samarbeidsarenaer. Dette tyder på at tjenesteyterne forventer at en koordinator skal ha en aktiv rolle med å bygge opp et helhetlig tjenestetilbud også der det ikke er etablert en ansvarsgruppe.

Samlet gir dette en beskrivelse av koordinatorene som har viktige funksjoner i å etablere et nettverk, bistå brukeren i kommunikasjon med andre tjenester, være løsningsorientert og ta ansvar for å administrere et samordnet tjenestetilbud. Data tyder derfor på at sentrale oppgaver for en koordinator kan beskrives som *boundary spanning*.

Disse intervjuene gir et tydelig bilde av at både brukere og tjenesteytere er opptatt av å skape en god relasjon dem imellom. Både brukerne og tjenesteyterne beskriver tjenestetilbudet som uoversiktlig. For brukerne er det da en lettelse å ha en koordinator/primærkontakt å forholde seg til. Har brukerne en god relasjon til sin koordinator/primærkontakt, så overlater de i stor grad ansvaret for å bygge opp et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til vedkommende. For brukeren er det åpenbart viktigst å få et godt tilbud. Oppbygging og organisering av tilbudet overlater de gjerne til en de stoler på.

Drøfting

Brukernes synspunkter

Tilbakemeldingene fra brukerne er tydelige på at de ikke har noe aktivt forhold til individuelle planer. Selv om noen få av dem hadde en individuell plan, er det ingen eksempler på at planen brukes aktivt av brukeren for å oppnå mer brukervedvirkning og samordning. Brukerne er derimot nokså samstemte i at de trenger en bestemt person å forholde seg til; en person de kan stole på og som de kan overlate ansvaret for å få på plass et mer omfattende tjenestetilbud til. Flere undersøkelser viser at det er svært viktig for mange av brukerne å ha en slik person å forholde seg til (se f.eks. Borg et al., 2013; Redko et al., 2007). Hvorvidt den personen brukerne beskriver som sentral i denne undersøkelsen er formelt oppnevnt som koordinator i henhold til regelverket, er uklart og kan tyde på at hvem brukerne knytter seg til er mer et resultat av hvem de har tillit til, enn hvem som gis en formell rolle som koordinator. God kontakt og åpne diskusjoner mellom bruker og koordinator anses som et godt grunnlag for å ivareta brukervedvirkning og bidra til individuell tilpassning av tjenestetilbudet (Hansen, 2019). Det er derfor ikke overraskende at brukerne fremhever behovet for en person som kan hjelpe dem til å få den bistanden de har behov for. Hvorvidt personen selv yter denne bistanden eller samarbeider med andre ser brukerne ut til å være mindre opptatt av. Denne personen blir dermed sentral i et arbeid for å etablere et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Tilbakemeldingene som brukerne har gitt her, tyder på at det er av stor viktighet at det er den personen som brukerne har gode relasjoner til og som de stoler på som får oppgaven som koordinator.

Nettverk

De ansatte er nokså klare på at samordning av flere tjenester kan handle om flere strategier. For det første synes det som de er enige om at det kan være nødvendig å bygge opp et nettverk litt over tid. Stor grad av spesialisering og arbeidsdeling mellom ulike offentlige tjenester gjør at det blir behov for samordning både mellom tjenester og bruker, og mellom de

ulike tjenestene, slik målsettingen med individuelle planer er beskrevet. En slik samordning krever ofte en form for nettverk (Ferlie et al., 2011). Nettverk oppstår ikke av seg selv. Det er derfor behov for en person som kan ta ansvar for å bygge opp et nettverk (Hudson, 2004). Slik flere av informantene peker på, blir dette en sentral oppgave for en koordinator. Et fruktbart samarbeid bygger ofte på gjensidig tillit mellom dem som skal samarbeide (Head & Alford, 2015). Informantene legger også vekt på at en koordinator skal ha bred innsikt i tjenestetilbudet, og at de selv har et nettverk med ansatte som de kan samarbeide med i andre tjenester. Det bekrefter at tillit er viktig, og underbygger påstanden om at man samarbeider best med dem man kjenner og har positive samarbeidserfaringer med (Hudson, 2004). I praksis innebærer dette at organisatoriske nettverk ofte er forankret i personlige nettverk (Peters, 2018).

Når det er etablert et samarbeidsnettverk tyder beskrivelsene fra de ansatte på at den foretrukne samarbeidsformen er ansvarsgruppemøter. I andre sammenhenger er det rapportert om begrensede positive erfaringer med slike møter (se f.eks. Hansen, 2007). Møter kan likevel være gode arenaer for et fruktbart samarbeid. Viktige elementer for å sikre et slikt resultat er at det er en felles forståelse for hva som er problemet og enighet om mål (Head & Alford, 2015). Informantenes beskrivelser av arbeidet i ansvarsgruppene tyder på at brukerne i stor grad er med på å definere problemer og mål. Utsagn som «det viktigste er jo at de områdene som de tenker er viktig blir tatt opp», underbygger en slik forståelse. Samtidig understrekes det at problemer og mål varierer. Det er et argument for at mål og problemformuleringer i en individuell plan ikke ivaretar det behovet for fleksibilitet som *wicked problems* krever (Hannigan & Coffey, 2011). Ansvarsgruppemøter kan dermed være en mer fleksibel arena for utforming av et helhetlig og samordnet tjenestetilbud enn en individuell plan. For mange er det likevel det som skjer etter et ansvarsgruppemøte som er viktigst. En fordel med en individuell plan er at den gir en oversikt over tjenester og kontaktpersoner (Breimo, 2016; Humerfelt, 2012). Informantene understreker at det skrives referater etter ansvarsgruppemøtene. Dersom disse referatene er utfyllende, bør de også kunne gi en oversikt over tjenester og kontaktpersoner. Den største utfordringen er likevel å sørge for at det som er avtalt, blir gjennomført. Erfaringer fra

andre sammenhenger viser at det er avgjørende for oppfølging av det som er bestemt på en samarbeidsarena, er at noen tar ansvar for å påse at det gjøres (Hudson, 2004; Øvretveit, 1996). Informantene sier ikke noe om hvordan dette gjøres, men det bør være en sentral oppgave for en koordinator.

Kommunikasjon

En del av brukerne forteller historier om hvor vanskelig de synes det er å ta kontakt med enkelte virksomheter og be om en eller flere tjenester. Det er ikke overraskende. Ulike tjenester og profesjoner har ulike måter å formulere seg på. Hvis ikke brukerne kjenner den aktuelle fagterminologien, kan dette skape uklarheter i kommunikasjonen (Gloubermann & Mintzberg, 2001). Et grunnleggende krav til gode kommunikasjonsprosesser er at sender og mottaker har en forankring i et felles begrepsapparat (Clark & Brennan, 1991). Brukerne sier at de opplever at de ikke blir forstått. De trenger derfor en som kan tolke og forklare argumentasjonen deres, slik at alle tjenestene har forståelse for hva som er budskapet deres. En slik oversettelse er også viktig fordi felles forståelse er et grunnleggende element i nettverkssamarbeid (Head & Alford, 2015). Våre data tyder på at for en del av brukerne har koordinatorens evne til å formidle deres synspunkter overfor andre vært viktig. Både for brukernes muligheter til å fremme sin argumentasjon og for tjenesteytnerens muligheter til å skape et effektivt samarbeid, synes oppgaven som tolk å være viktig. Dette er en koordinatoroppgave som sjelden kan erstattes av en individuell plan. Beskrivelsene tyder også på at rollen som talsperson bidrar til å styrke brukermedvirkningen (Bjørkquist & Hansen, 2018b; Hansen, 2019). Hvordan en talsmann kan bidra til å redusere maktulikhet og styrke brukermedvirkningen beskrives mer utfyllende i kapittel 11 (Hansen) i denne antologien.

Se muligheter

Det at tjenester er standardiserte og/eller regelstyrte, kan være et problem for ROP-brukere. Både faglig tilnærming til *wicked problems* og

målsettingen med individuelle planer legger vekt på at tjenestene skal være individuelt tilpasset. Informantene er opptatt av at de ansatte skal ha god oversikt over det kommunale tilbudet. Vanligvis er det slik at man velger den beste løsningen blant de man kjenner (March, 1994). Jo bedre koordinatoren kjenner det kommunale tilbudet, jo flere løsningsalternativer finner man. Ved å formidle og diskutere disse med brukerne, er mulighetene større for å finne et individuelt tjenestetilbud tilpasset den bestemte brukeren. En koordinator som kjenner det kommunale tilbudet og som er opptatt av å se muligheter kan derfor være viktig for å sikre brukermedvirkning ved å tilby flere valgmuligheter (Hansen, 2019).

Valg av tjenester, handler delvis om valg mellom ulike tilbydere og delvis om valg innenfor det tiltakspanoramaet den enkelte tjeneste tilbyr. Informantene er også opptatt av koordinatorens rolle i denne sammenhengen og fremhever viktighetene av at en koordinator kan støtte brukeren ved å finne frem til andre muligheter enn det som var skissert på forhånd, for eksempel i en søknad. Dette underbygger igjen hvor viktig funksjonen som talsmann for brukerne, er i arbeidet for å få til et individuelt tilpasset tjenestetilbud (Björkquist & Hansen, 2018b)

Administrasjon

Informantenes uttalelser tyder på at mange ser gode referater fra ansvarsgruppemøtene kan erstatte en individuell plan fordi de beskriver både oppgaver og ansvar. Det er flere interessante perspektiver ved en slik holdning. For det første underbygger det den erfaringen andre har gjort – at en individuell plan oppfattes som de ansattes plan (Humerfelt, 2012). Samtidig innebærer dette at det er oppgave- og ansvarsdeling som er viktig. Dette tyder på at målformuleringer og behovsbeskrivelser i en individuell plan ikke er særlig styrende for innholdet i tjenestetilbudet. De ansatte begrunner dette med «det varierer veldig hva de har behov for òg». Dette tyder på at individuelle planer ikke ivaretar den fleksibiliteten som vektlegges i utformingen av tjenester til ROP-brukere (Head & Alford, 2015).

De ansatte understreker også behovet for at koordinatoren må ta ansvar og lede arbeidet i ansvarsgruppene. Forskning på ulike former for

team og samarbeidsgrupper viser klart at for at disse skal fungere i tråd med ambisjonene, er det avgjørende at de har en leder som tar ansvar for fremdriften i gruppen (se f.eks. Hudson, 2004; Øvretveit, 1996). Mintzberg (2000) hevder at i de tilfellene der en slik prosess styres av en person som tar en tydelig lederrolle, så kan dette skape et bedre grunnlag for engasjement hos de som skal delta enn hvis prosessen styres av et formelt plandokument. Dette viser hvor viktig det er at koordinatoren tar ansvar for å administrere og lede samordningen av tjenestetilbudet.

Det er i utgangspunktet forutsatt at brukeren har en sentral rolle i utforming av den individuelle planen (Hansen, 2007), men tilbakemeldingene fra brukerne tyder på at de først og fremst er opptatt av å få tjenester. Hvem som yter dem og hvordan tjenestene samarbeider er de tilsynelatende bare interessert i dersom tjenestetilbudet svikter. Manglende samordning er et organisatorisk problem og bør derfor løses av organisasjonen (Head & Alford, 2015; Peters, 2018). Det kan derfor stilles spørsmål om koordinatoren burde hatt en mer tydelig rolle som leder av et samordnet tjenestetilbud enn det de formelt har i dag. De beskrivelsene som gis, tyder uansett på at tjenesteyterne klart ser behovet for at koordinatoren har en aktiv rolle som administrator av et samordnet tjenestetilbud.

Avslutning

En individuell plan skal sikre brukermedvirkning og samarbeid mellom bruker og tjenesteytere og tjenesteytere imellom, slik at tjenestetilbudet blir helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset. Dette kapitlet viser at brukermedvirkningen kan styrkes ved at brukeren har en person som vedkommende har tillit til, og som kan fungere som brukerens talsmann overfor andre tjenester. Det har også vist at koordinatorene tilrettelegger et nettverk for å få på plass et helhetlig tjenestetilbud. Informantene fremhever også behovet for at koordinatorene tar en lederrolle i et slikt nettverk. Slik sett ser det ut som om koordinatorene i stor grad ivaretar målsettingen med individuell plan og koordinator, uten å utarbeide en individuell plan. Det er derfor ikke overraskende at dette kapitlet viser at verken brukere eller tjenesteytere synes å se fordeler med å utarbeide

individuelle planer. Erfaringene fra denne undersøkelsen tyder derfor på at svaret på spørsmålet «trenger ROP-brukere en individuell plan?», er nei. For brukerne er det viktigst at de har en person/koordinator som de har god kontakt med og som de kan ha tillit til. Hvis denne koordinatoren utformer rollen sin som en *boundary spanner*, slik beskrivelsene her viser, tyder det på at det er en god løsning for ROP-brukere.

Referanser

- Aspelund, G., Dyrkorn, K. & Anker, J. (2011). *Følgeevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer. Tillitspersonforsøket, 2009–2011: Sluttrapport*. Rambøll.
- Bjerkan, J., Vatne, S. & Hollingen, A. (2014). Web-based collaboration in individual care planning challenges the user and the provider roles – toward a power transition in caring relationships. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 561–572. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s70470>
- Bjørkquist, C. & Hansen, G. V. (2018). Reducing service barriers to people with dual diagnosis in Norway. *Cogent Social Sciences*, 4(1). <https://doi.org/10.1080/23311886.2018.1561237>
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Breimo, J. P. (2016). Planning individually? Spotting international welfare trends in the field of rehabilitation in Norway. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(1), 65–76. <https://doi.org/10.1080/15017419.2014.972447>
- Brugerplan. (2019). *Tjenestemottakere med rusproblemer og psykisk helseproblemer* (Brugerplan årsrapport). <https://www.brugerplan.no/>
- Clark, H. H. & Brennan, S. E. (1991). Grounding in communication. I L. Resnick, J. M. Levine & S. D. Teasley (Red.), *Perspectives on socially shared cognition* (s. 127–149). APA. <https://doi.org/10.1037/10096-006>
- Farlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S. & Bennett, C. (2011). Public policy networks and «wicked problems»: A nascent solution? *Public Administration*, 89(2), 307–324. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01896.x>
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of diseases – Part I & Part II. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–92. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006> & <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00007>

- Hannigan, B. & Coffey, M. (2011). Where the wicked problems are: The case of mental health. *Health Policy*, 101(3), 220–227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.002>
- Hansen, G. V. & Ramsdal, H. (2014). Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 55–63.
- Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* [Doktorgradsavhandling, Karlstads Universitet]. DiVA. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:kau:diva-799>
- Hansen, G. V. (2019). Organisering av individuell brukermedvirkning. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 47–67). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch2>
- Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711–739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* [Nasjonal veileder]. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Holum, L. C. & Toverud, R. (2013). Kan individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker? *Fontene forskning*, (1), 32–45.
- Hudson, B. (2004). Analysing network partnerships: Benson re-visited. *Public Management Review*, 6(1), 75–94. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675740>
- Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan – anerkjennelse og krenkelse* [Doktorgradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU Open. <http://hdl.handle.net/11250/267885>
- March, J. G. (1994). *A primer on decision making. How decisions happen*. Free Press.
- Michaelsen, R., Vatne, S. & Hollingen, A. (2011). Det ble en annerledes plan. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(3), 217–226.
- Mintzberg, H. (2000). *The rise and fall of strategic planning*. Pearson Education.
- Peters, B. G. (2018). The challenge of policy coordination. *Policy Design and Practice*, 1(1), 1–11.
- Proba samfunnsanalyse. (2012). *Evaluering av NAVs veilednings- og oppfølgingsloser* (Proba-rapport 2012-02). <https://proba.no/rapport/evaluering-av-navs-veilednings-og-oppfolgingsloser/>
- Redko, C., Rapp, R. C., Elms, C., Snyder, M. & Carlson, R. G. (2007). Understanding the working alliance between persons with substance abuse problems and strengths-based case managers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(3), 241–250. <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10400610>

- Ruona, W. E. (2005). Analyzing qualitative data. I R. A. Swanson & E. R. Holton (Red.) *Research in organizations: Foundations and methods in inquiry*, (s. 223–263). Berrett-Koehler Publishers.
- Williams, P. (2002). The competent boundary spanner. *Public Administration*, 80(1), 103–124. <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00296>
- Williams, P. (2011). The life and times of the boundary spanner. *Journal of Integrated Care*, 29(4), 646–648. <https://doi.org/10.1093/jopart/muz006>
- Øvretveit, J. (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of Interprofessional Care*, 10(2), 163–171. <https://doi.org/10.3109/13561829609034099>