



NØKKEI TIL BEDRE SAMARBEID

Kompetansesenter rus – Oslo

**IMPLEMENTERING OG BRUK AV
INDIVIDUELL PLAN I RUSFELTET**

Velferdsetaten



Oslo

FORORD

For Velferdsetaten og Oslo kommune er det svært viktig å legge til rette for og sikre brukermidvirkning. Reell brukermidvirkning er avgjørende for at den enkelte bruker er i «førersetet» og har avgjørende betydning for å gi tjenester i tråd med de behov og ønsker den enkelte har.

Sentrale myndigheter har tydeliggjort føringer for ivaretagelse av brukermidvirkning, og Individuell plan (IP) skal bidra til bedre samordning og samarbeid på grunnlag av brukerens egne mål. Til tross for dette viser kartlegginger at IP i bare noen grad benyttes.

To kommunale rusinstitusjoner i Velferdsetaten har derfor hatt en særlig satsing for å øke opprettelse og bruk av IP. For å få innsikt i om bruk av IP oppleves som nyttig for beboere og ansatte, har det vært viktig å samle de erfaringene som er gjort; hva har fungert bra, og hva har blitt opplevd som utfordrende. Samlet kan dette bidra til innsikt i hva som kan eller bør endres, videreføres eller videreutvikles på tjenestestedene i Velferdsetaten. Det er grunn til å tro at erfaringene også har overføringsverdi for andre tjenester som gis til personer med rusproble-

mer. Vi håper derfor at erfaringsoppsummeringen kan bidra til å styrke et målrettet arbeid for å sikre at personer med rusproblemer får sammenhengende og godt koordinerte tjenester – basert på brukermidvirkning!

Vi vil takke beboere og ansatte ved Karlsborg rehabiliteringssenter og Lassonløkken rehabiliteringssenter for å la oss ta del i deres erfaringer med utarbeidelse og bruk av IP. Det har vært svært lærerikt.

Det er Camilla Bordevich fra Korus Oslo har ledet prosjektet, og som sammen fagansvarlig rus Kari Fauchald fra Velferdsetaten og fagkonsulent Vibeke Stanes fra Lassonløkken rehabiliteringssenter har skrevet rapporten. Assisterende institusjonssjef Espen Paulsen fra Lassonløkken rehabiliteringssenter, fagkonsulent Sara Helen Walder Evensen og assisterende institusjonssjef Wenche Karlsen fra Karlsborg rehabiliteringssenter har deltatt i arbeidsgruppen.

God lesning.

Henning Pedersen
Virksomhetsleder, Korus Oslo

Kari Fauchald
Fagansvarlig rus, Velferdsetaten

INNHOOLD

1 Innledning	4	4 Nyttig verktøy for beboerne?	16
1.1 Individuell plan (IP)	6	4.1 Ansatte spilte nøkkelrollen	17
1.2 Bakgrunn og problemstilling	7	4.2 Bedret samarbeid og samhandling	21
1.3 Problemstilling	8	4.3 Koordinatorrollen og samarbeid	23
1.4 Kontekst og faglige verktøy	8	4.5 En integrert del av arbeidet?	25
1.5 Planarbeid og brukermidvirkning	9		
2 Metode og organisering av arbeidet	10	5 Oppsummering og diskusjon	26
3 Planarbeid i praksis	12	Intervjuguide	30
3.1 Beboeren – den viktigste aktøren	13	Litteraturliste	31
3.2 Ledelsens betydning	13		
3.3 Fra abstrakt teori til konkret verktøy	14		

Utgiver: Korus Oslo og Velferdsetaten, 2020
Tekst: Camilla Bordevich, Kari Fauchald, Vibeke Stanes
Datainnsamling: Camilla Bordevich, Vibeke Stanes, Wenche Karlsen, Sara Helen Walder Evensen, Espen Paulsen
Veileder: Kari Fauchald
Kontakt: camilla.bordevich@vel.oslo.kommune.no
Forsidefoto: iStock

ISBN 978-82-92717-33-2

1 INNLEDNING

Velferdsetaten har ansvar for drift og utvikling av kommunale institusjoner for personer med rusproblemer i Oslo kommune. Etaten tilbyr institusjonsplasser i en tidsbegrenset periode på oppdrag fra bydelene. Institusjonstilbudet spenner fra akutt- og korttidsplasser, omsorgsplasser, rehabiliteringsplasser samt plasser for personer med både rus, psykiske helseproblemer og/eller adferdsutfordringer. Pr 1. januar 2020 har Velferdsetatene 657 institusjonsplasser for personer med rusproblemer. Institusjonene skal benytte kunnskapsbaserte metoder for å bidra til at den enkelte får tjenester i henhold til behov og på denne måten øke den enkeltes livskvalitet.

I en tid med store politiske omveltninger og strenge budsjetter, har krav om kvalitet og innhold påvirket rusfeltet. Det er et stadig økende fokus på brukermedvirkning både på system- og individnivå i helseforetak og kommuner.

Gjennom veilederen «Sammen om mestring» har Helsedirektoratet tydeliggjort føringer for ivaretagelse av bruker- og mestringsperspektiv for å møte krav og forventninger til rusarbeid i lys av gjeldende lovverk og nasjonale føringer (Helsedirektoratet 2014). Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge bort. Gode systemer for brukermedvirkning vil bidra til økt treffsikkerhet for utforming og gjennomføring av både generelle og individuelle tilbud. Utarbeidelse av Individuell plan (IP) må sees som en del av en brukermedvirkningsprosess, der brukerens egne mål og tiltak er grunnlaget for utarbeidelsen av planen. IP skal bidra til å sikre bedre samordning og samarbeid mellom aktørene som skal bistå brukeren.

Til tross for at personer med sammensatte problemer har rett til utarbeidelse av IP, viser kartleggingen i BrukerPlan i 2018 at kun 12 prosent av de kartlagte i Norge med rusproblemer har en slik plan. BrukerPlan-kartleggingen fra Oslo i 2019 viser tilsvarende tall for de kartlagte i Oslo. Det har vært ulike statlige og kommunale satsinger for å sikre at personer med behov for sammensatte tjenester får utarbeidet IP, men det er mye som

tyder på at dette ikke har vært tilstrekkelig for å sikre at brukerne får laget en slik plan.

Avdeling Rustjenester og tilrettelagte boliger (ART) i Velferdsetaten og Kompetansesenter rus (Korus) Oslo ønsket å samle erfaringene fra to kommunale rusinstitusjoner som har jobbet systematisk for å sikre at en større andel beboere utarbeider IP. For å få innsikt i om bruk av IP oppleves som nyttig for beboere og ansatte, har det vært viktig å samle de erfaringene som er gjort, hva har fungert bra, og hva har blitt opplevd som utfordrende. Samlet kan dette bidra til innsikt i hva som kan eller bør endres, videreføres eller videreutvikles på tjenestestedene i Velferdsetaten.

1.1 Individuell plan (IP)

En utfordring for tjenestetilbudet til personer med rusproblemer er manglende samhandling og helhet. Dette kan innebære at tjenestene oppleves som uoversiktlige for personer som har behov for flere tjenester samtidig. Tjenestene skal være individuelt tilpasset og baseres på brukermedvirkning (Biong og Ytrehus, 2012).

Retten til IP er hjemlet i Lov om pasient- og brukerrettigheter. Helsetjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten har plikt til å utarbeide slike planer. Dette er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven, Lov og kommunale helse- og omsorgstjenester, Spesialisthelsetjenesteloven, Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og Lov om psykisk helsevern.

IP er en individuelt tilrettelagt plan for personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Brukerens mål skal være utgangspunktet for planen. Det er derfor viktig at bruker aktivt deltar i utarbeidelsen. Pårørende skal også gis anledning til å medvirke i den grad bruker ønsker dette. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet.

IP skal ikke utarbeides uten samtykke fra brukeren. Initiativet til å utarbeide IP kan komme fra brukeren selv og/eller pårørende, eller fra tjenesteytere. Hovedansvaret for å utarbeide IP ligger hos tjenesteytere.

Spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten og primærhelsetjenesten har alle en selvstendig plikt til å informere om og igangsette IP. Kommunen har hovedansvaret for utarbeidelse av IP når brukeren har tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal da medvirke i planarbeidet. De skal også melde behov for IP til kommunen. Det bør utarbeides bare én plan selv om bruker har tjenester fra flere sektorer.

En av tjenesteyterne skal oppnevnes som koordinator, og han/hun skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med IP. Brukerens ønske skal vektlegges ved valg av koordinator. Det skal tilbys koordinator selv om bruker takker nei til IP. Det skal sikres at bruker samtykker til at planen utarbeides og at taushetsbelagte opplysninger deles. IP skal utformes på brukerens premisser og den bør være skriftlig.

1.2 Bakgrunn og problemstilling

BrukerPlan er et verktøy for kommuner for å kartlegge omfanget av personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer som mottar kommunale tjenester. Ansatte vurderer de kartlagte fungering innen åtte levekårsområder: bolig-situasjon, arbeid/ aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og sosialt nettverk. Overordnet viser kartleggingen at

de kartlagte i Oslo har større problembelastning innenfor alle levekårsområdene sammenlignet med de kartlagte i Norge (Helhetlig russtatistikk 2018/2019).

Tall fra BrukerPlan-kartleggingen i Oslo i 2019 viser at 12 prosent av personer med rusproblemer har utarbeidet IP. Det betyr at omlag 500 personer av de nærmere 4 000 kartlagte, har utarbeidet IP.

	IP	Tiltaksplan	Kriseplan	Nettverks- gruppe	Ansvarsgruppe
Alna	4 %	6 %	10 %	1 %	50 %
Bjerke	8 %	11 %	7 %	8 %	34 %
Frogner	9 %	21 %	6 %	3 %	38 %
Gamle Oslo	18 %	30 %	12 %	1 %	33 %
Grorud	16 %	20 %	9 %	2 %	52 %
Grünerløkka	8 %	31 %	17 %	3 %	28 %
Nordre Aker	13 %	14 %	4 %	10 %	35 %
Nordstrand	7 %	13 %	6 %	5 %	38 %
Sagene	13 %	45 %	9 %	3 %	30 %
St. Hanshaugen	8 %	23 %	16 %	3 %	39 %
Stovner	20 %	46 %	14 %	2 %	41 %
Søndre Nordstrand	8 %	23 %	8 %	4 %	40 %
Ullern	27 %	11 %	6 %	1 %	50 %
Vestre Aker	6 %	31 %	6 %	2 %	24 %
Østensjø	10 %	16 %	8 %	3 %	38 %
Totalt Oslo	12 %	26 %	10 %	3 %	36 %
Norge 2018	12 %	27 %	10 %	3 %	41 %

Figur: Andel kartlagte i BrukerPlan med IP; ansvarsgruppe og andre planer fordelt bydel, lilla indikerer lav prosentvis andel mens grønn indikerer høy prosentvis andel (Helhetlig russtatistikk for Oslo kommune 2018/2019).

Det er variasjoner mellom bydelene med tanke på hvor stor andel som har utarbeidet IP. I bydel Ullern er det 27 prosent av de kartlagte som har IP, mens dette bare gjelder fire prosent av de kartlagte i

bydel Alna. Som figuren over viser, er det flere brukere som har andre type planer, som for eksempel tiltaksplan eller kriseplan, og om lag en av tre kartlagte har ansvarsgruppe.

1.3 Problemstilling

Hvorfor er det såpass lav andel personer som har IP? Er det et uttrykk for at ansatte og/eller bruker ikke synes det er et nyttig verktøy? Eller er det snarere et uttrykk for at IP ikke forstås og benyttes slik intensjonen tilsier? Kan det være at ansatte og/eller brukere ikke har sett nytteverdien ved bruk av IP?

Denne rapporten gir ikke noe svar på generell nytteverdi av utarbeidelse og bruk av IP, utover hvordan den enkelte beboer som har fått utarbeidet IP vurderer dette. Fokus er hvordan ansatte og beboere sammen har jobbet for at den enkelte har fått utarbeidet IP, og hvilke erfaringer de har gjennom den prosessen.

Målet har vært å samle erfaringer fra beboere og ansatte om utarbeidelse og bruk av IP. Er det slik at beboere og ansatte har opplevd satsingen som nyttig, og i tilfelle hvorfor?

Følgende problemstillinger har vært undersøkt:

- Hvorfor og hvordan har institusjonene arbeidet for å øke andelen beboere som får utarbeidet IP?
- Hva skal til for å motivere beboerne til å ønske å utarbeide en IP?
- Opplever beboerne at IP har vært nyttig for dem? I tilfelle hva er nyttig og hvorfor?
- Hvordan benyttes IP i oppfølgingen av beboerne?
- Har satsingen ført til at ansatte i større grad har integrert IP som et arbeidsverktøy og endret de ansattes holdninger?

1.4 Kontekst og faglige verktøy

I Velferdsetaten er det to kommunale institusjoner som har hatt en særlig satsing på utarbeidelse av IP. Lassonløkken rehabiliteringssenter og Karlsborg rehabiliteringssenter har gjennom flere år hatt et tett samarbeid, og har blant annet arrangert felles internseminarer og fagdager. Som en del av samarbeidet har institusjonene igangsatt en felles satsing for å sikre at beboere med ønske og behov for IP, får utarbeidet en slik plan. Institusjonene har underveis delt erfaringer.

Lassonløkken rehabiliteringssenter tilbyr tidsavgrenset opphold i institusjon for menn med rus- og alvorlige psykiske lidelser. Oppholdet skal bidra til å styrke nødvendige ferdigheter for at beboere på sikt mestrer og opplever god livskvalitet i egen egnet bolig. Ut fra bydel og beboers bestilling, skal beboers livssituasjon og ressurser kartlegges, og det skal arbeides systematisk mot beboers mål for oppholdet. Det skal tilrettelegges for etablering og oppfølging av psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og i samarbeid med beboer, spesialist-

helsetjeneste, bydel og andre aktuelle aktører skal IP og eventuelt krise- og mestringsplan utarbeides. Lassonløkken har ti plasser og beboerne kan bo på institusjonen i inntil to år.

Karlsborg rehabiliteringssenter er et tilbud til voksne menn i aktiv rus som trenger oppfølging og hjelp til å få kontroll over sin rusmiddelbruk, slik at de kan fungere bedre i hverdagen. Institusjonen skal ut fra bydel og beboers bestilling, kartlegge beboers livssituasjon og ressurser, og arbeide systematisk for at målet for oppholdet nås. Gjennom botiden skal beboer og ansatte legge grunnlag for, og bidra til, at beboere etablerer seg i egen bolig og opplever god livskvalitet. Karlsborg har 19 plasser og botiden er i inntil ett år.

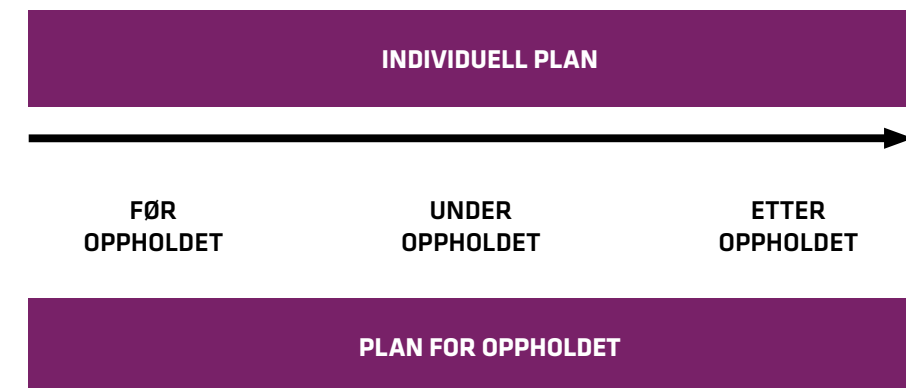
Ved innflytting ved de to institusjonene får beboerne faste kontaktpersoner (primærkontakt og sekundærkontakt). De ansatte er en del av et team, slik at dersom primærkontakt og sekundærkontakt ikke er tilstede, så er det andre ansatte som har ansvar for oppfølging av den enkelte beboer.

1.5 Planarbeid og brukervedvirkning

Velferdsetaten har over tid arbeidet for å sikre at alle beboere får planmessig oppfølging, i tråd med de ønsker og behov den enkelte har. For å sikre systematisk oppfølging skal alle beboere ved Velferdsetatens institusjoner ha en plan for oppholdet. Det er beboer som sammen med ansatte lager planen, og planen inkluderer de oppdrag som ansatte i bydel gir med tanke på vedtak om opphold i institusjon. Planarbeidet evalueres jevnlig, og beboerne gir tilbakemelding om resultatene av arbeidet med mål og tiltak gjennom «resultat-

måling» hver tredje måned. Plan- og resultatmål er en integrert del av fagsystemet som benyttes for å dokumentere helse- og sosialfaglig oppfølging. Resultatmålingene benyttes i det overordnede kvalitetsutviklingsarbeidet ved institusjonene.

Utarbeidelse av IP må sees i sammenheng med planene som lages for oppholdet ved institusjonen. Dette kan illustreres slik:



Planen for oppholdet kan integreres som en del av IP, men IP har lengre tidsperspektiv og inkluderer og samordner innsats også etter oppholdet ved institusjonen.

I tillegg til dette, skal institusjonene benytte tilbakemeldingsverktøyet Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). KOR er ingen behandlingsmetode, og kan brukes uavhengig av teoretisk forståelse og metodikk. Verktøyet består av to enkle skjemaer. Det ene er et skjema for endringsvurdering; Outcome Rating Scale (ORS) som inneholder personlige, mellommenneskelige, sosiale og generelle dimensjoner. Det andre er et skjema for samtalevurdering; Session Rating Scale (SRS) som omhandler forholdet mellom bruker og terapeut, mål og tema, metode og generelle dimensjoner. Skjemaene, som tar noen få minutter å fylle ut, bør brukes

henholdsvis i starten av samtalen og mot slutten. På denne måten legges det klare rammer for innholdet i samtalen, samtidig som terapeuten får tilbakemelding fra bruker om nytten av behandlingen og om hvordan beboer har opplevd samtalen.

I hvilken grad KOR bidrar til brukervedvirkning avhenger av hvilke holdninger tjenesteyter har til samarbeidet med beboer, og derfor mer enn hvordan KOR-skjemaene fylles ut. Når KOR knyttes til likeverd og tillit, bidrar dette til å gjøre bruker- og mestringsperspektivet til et bærende prinsipp. Gjennom KOR gis beboeren mulighet til å formidle sine perspektiver og behov. På denne måten sikrer man en systematisk brukervedvirkning på individnivå hvor beboeren får mulighet til å påvirke eget behandlingstilbud.

2 METODE OG ORGANISERING AV ARBEIDET

Intervjuer med beboere, ansatte og ledelse er grunnlaget for internevalueringen.

Karlsborg og Lassonløyken, hadde i likhet med andre institusjoner i Velferdsetaten, fått tilbakemelding fra ansvarlig avdeling i Velferdsetaten om at det var forventet at flere beboere ved institusjonene fikk utarbeidet IP. Ledelsen og de ansatte ved institusjonene anerkjente dette, og fant at de skulle ha en særskilt satsing over noe tid. Satsingen startet i 2018, der ansatte fikk et ansvar for å tilrettelegge for utarbeidelse IP, og enkelte nøkkelpersoner ved institusjonene fikk ansvar for å følge dette opp.

Institusjonene har arbeidet systematisk med dette i nærmere to år, og en stadig større andel beboere har fått utarbeidet IP. I 2019 har om lag 80 prosent av beboerne fått utarbeidet en IP. I dialog mellom institusjonene og ansvarlig avdeling i Velferdsetaten var det enighet om at det var viktig å oppsummere erfaringene fra denne satsingen. Korus Oslo ble kontaktet, og arbeidet med erfaringsoppsummeringen er et samarbeid mellom Korus Oslo, Avdeling for rus og tilrettelagte boliger (ART) og institusjonene.

Det ble opprettet en arbeidsgruppe bestående av ansatte fra Korus Oslo, ansatt fra ART, og ansatte ved de to institusjonene. Empirien denne rapporten bygger på er intervjuer med beboere, ansatte og ledelsen ved de to institusjonene. I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 1). Temaene var noe ulike avhengig av om det var beboere, ansatte eller ledelsen som ble intervjuet. Spørsmålsstillingene var relativt overordnede, og det var stort rom for beboere og ansatte å komme med innspill til tema som ikke var tematisert i intervjuguiden.

15 beboere har gitt sine tilbakemeldinger på arbeidet med IP. Beboerne kunne velge om de ønsket å besvare spørsmålene elektronisk eller om de ville at primærkontaktene intervjuet dem. Det ble vurdert som hensiktsmessig at primærkontaktene forespurte beboerne om deltagelse og tilrettelagte for gjennomføring av intervju eller besvarelser via spørreskjema. Dette først og fremst fordi de allerede har en relasjon til beboer, samt at de kan forespørre beboer på tidspunkt der beboer vurderes å være mottakelig og i form for en slik forespørsel. At beboer har en relasjon til intervjuer kan både være en fordel og en ulempe. På den ene siden kan det være trygt å besvare spørsmål fra en som de kjenner fra før, men på den andre siden kan nettopp relasjonen medføre at beboer svarer ut fra hva han tror primærkontakt forventer eller ønsker. Det var bare beboere som hadde utarbeidet IP som ble

intervjuet. Årsaken til dette var at det er de som kan si noe om erfaringene ved å få utarbeidet en slik plan.

Institusjonssjefene ved institusjonene ble intervjuet sammen. Intervjuene med ansatte foregikk ved at to ansatte ble intervjuet sammen. Samlet ble to ledere og 13 ansatte intervjuet. Intervjuene hadde en varighet på mellom 30 minutter og halvannen time.

Ved å intervjuer to personer samtidig ble intervjuene dialogbasert, og i noen tilfeller skapte det diskusjoner mellom de intervjuede. Fordelene ved dette er at ansatte deler noen erfaringer og det legges til rette for diskusjoner. Ulempen er at det kan være ansatte som holder tilbake eller ikke får lagt frem sine erfaringer i fullt monn.

Det var to personer fra arbeidsgruppen tilstede ved intervjuene, en som hadde ansvar for å stille spørsmål, og en med ansvar for å skrive referat. Utkast til referat fra intervjuene ble sendt til de som ble intervjuet i etterkant, for å sikre at alle synspunkter og uttalelser var korrekt nedtegnet.

Arbeidsgruppen har lest igjennom alle intervjuene og har kommet med innspill til kategorisering og forståelse av datamaterialet.

Det ble vurdert om ansatte i bydel skulle intervjues, men vi fant at hensikten i denne omgang først og fremst var å innhente erfaringer fra beboere og ansatte. Arbeidsgruppen anerkjenner at ansatte i bydelene sannsynligvis har erfaringer og vurderinger som vil være nyttige i det videre arbeidet. Det kan eventuelt vurderes som en oppfølging av denne rapporten.

Det er viktig å understreke at dette er en internevaluering, og rapporten må leses med dette for øyet.

3

PLANARBEID I PRAKSIS

Hvorfor og hvordan arbeide for å bidra til at IP blir utarbeidet?

3.1 Beboeren – den viktigste aktøren

Å medvirke i eget liv bygger på en demokratisk rett til selvmedbestemmelse og likeverd. Brukermedvirkning innebærer at den som mottar hjelp og støtte gis reell mulighet til å styre over viktige deler av sitt liv (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl & Biong, 2016). I den nasjonale veilederen «Sammen om mestring» legges det føringer for krav og forventninger til tjenestetilbudet som beboere i VEL skal motta. I veilederen beskrives det at å sette brukeren i sentrum, forutsetter et bevisst og systematisk arbeid og vil i enkelte tilfeller kreve en kulturrendring.

Veilederen og føringer fra Velferdsetaten ser ut til å være viktigste årsaken til at institusjonene valgte å øke fokuset på IP. Å øke fokuset på IP mot

denne målgruppa kan også sees i lys av manglende samhandling mellom tjenestene og dårlig kommunikasjon mellom ulike nivåer i tjenesteapparatet. Mange har redusert tilgang til bolig, arbeid, aktiviteter og sosialt nettverk. Å jobbe med disse grunnleggende livsområder er avgjørende for beboergruppa ved disse institusjonene. Behovet for både tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling er avgjørende. IP handler om å tilby noe som beboeren har en lovfestet rett til, og er et verktøy som skal sikre at beboeren får et helhetlig tilbud som er tilpasset de behov beboeren har. Dette er bakgrunn for at VEL legger føringer for at institusjonene bør øke andelen beboere med rusproblemer som får utarbeidet IP.

3.2 Ledelsens betydning

Ledelsen ved begge institusjonene ønsket å iverksette arbeid for å sikre et arbeid for at beboere ved Lassoeløkken og Karlsborg fikk utarbeidet IP. Institusjonslederne fortalte at de tidligere har jobbet mye med implementering av plan- og resultatmål og tilbakemeldingsverktøyet Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). Begge institusjonene opplever selv, og har fått tilbakemelding fra ledelsen om at de på intervjuetidspunktet har lyktes med denne implementeringen. Ledelsen mente at verktøyene var godt integrert i arbeidshverdagen ved begge institusjonene. Tiden var derfor inne til å rette fokus på andre deler av tilbakemeldingene fra VEL. Institusjonene iverksatte derfor en satsing for å sikre at et økende antall beboere har utarbeidet IP.

«I fjor sommer kom vi til et punkt hvor vi var klar for å ta til oss tilbakemeldingene i tertialrapportene om behov for implementering av IP»
– institusjonsleder

Sitatet er illustrerende for hvorfor institusjonene har startet en prosess for å bidra til at en høyere andel beboere har IP. VEL gir alle institusjoner jevnlike tilbakemeldinger og føringer for hvordan deres institusjoner skal jobbe. Lederne formidler at de etter perioden med implementering av plan- og resultatmål og KOR har «hodet over vannet» og har mulighet til å jobbe med andre prosesser. Det var ikke IP som verktøy i seg selv, men påtrykk fra VEL som var utslagsgivende.

«Vi startet fokuset på IP etter at vi var blitt mast på i års- og tertialrapporter. På dette tidspunkt hadde vi fått implementert både KOR, plan- og resultatmålinger på en god måte. Tiden var derfor moden til å ta fatt på nye arbeidsoppgaver»
– institusjonsleder

Ved begge institusjonene startet lederne prosessen med å snakke med de ansatte på personalmøte om tilbakemeldinger fra VEL. For å øke andelen beboere med IP var det nødvendig å etablere en felles forståelse for beboernes rettigheter, samt en enighet om å ta et større ansvar. Det ble drøftet om det kunne være hensiktsmessig at ansatte ved institusjonene påtok seg koordineringsansvaret for IP.

I intervjuene formidler lederne at det ikke er alle føringer som er like lette å forklare for deres ansatte, og lederne anerkjente at de ansatte kan oppleve det tungt med «nye verktøy» eller nye ansvarsområder. Selv om IP har eksistert i lang tid, var det ikke et verktøy som var blitt benyttet i noe særlig utstrekning, og dette kunne fremstå som en ekstra arbeidsoppgave. Begge lederne uttrykte forståelse for at ansatte trengte tid til å bli kjent med nye måter å jobbe på.

Kommunikasjon og godt arbeidsmiljø er sider de trekker frem som viktige kriterier for å iverksette endringer. Ved å tilrettelegge for drøftinger i personalgruppen kan det etableres en felles forståelse og aksept for satsingen. Et av elementene som begge lederne trakk fram, var at de kunne legge klare føringer for hva institusjonene skulle prioritere, men de hadde ikke nærhet nok til hverdagen i institusjonene til å si hvordan:

3.3 Fra abstrakt teori til konkret verktøy

Noen ansatte var motivert for å ta i bruk IP, og det ble en utløsende faktor for at de ble pådrivere i arbeidet med IP. Pådriverne fikk en viktig rolle i personalgruppa. De hadde tillit fra ledelsen og ble viktige støttespillere. Igangsettere/pådrivere kan beskrives som «ildsjeler» som allerede hadde mye kunnskap om IP, og på en slik måte kunne implementere IP i eget team, og lage egne maler som passet for dem. Pådriverne hadde tilegnet seg kunnskap om IP og betydningen av denne planen. De hadde kunnskap om lovgrunnlaget for IP, og var opptatt av å legge til rette for brukermedvirkning og egenmestring.

«Første trinn for en leder er å være klar og tydelig på at dette er riktig og at det skal jobbes med. Så må man finne de personer i arbeidsgruppa som kan være med å legge til rette for å få det til»
– institusjonsleder

Ansatte hadde ikke nødvendigvis samme forståelse for hvorfor satsingen ble igangsatt. Ved Karlsborg rehabiliteringssenter er det flere av de ansatte som ikke oppfattet at ledelsen hadde lagt føringer, men at satsingen derimot var noe de ansatte selv var ansvarlige for. Ved Lassonløkken ga ansatte uttrykk for at satsingen var forankret i ledelsen og her var hovedsakelig pådrivere i en mellomlederfunksjon.

Ledelsen ved institusjonene la føringer og skapte rammer for arbeidet de ansatte skulle utføre. Hvordan arbeidet med IP konkret skulle foregå, mente begge ledere de ikke var nær nok beboerne og hverdagen til å avgjøre. Her lå det en tillit til at ansatte selv løste oppgavene, og en erkjennelse av at det tar tid å endre arbeidsmåter og innføre nye metodiske verktøy.

En viktig oppgave var å tilrettelegge arbeidet med IP for mennesker i komplekse hverdager, og å unngå å gjøre verktøyet instrumentelt og statisk. De anså IP som noe som kunne ha betydning for beboer etter endt opphold hos dem. En viktig egenskap ved pådriverne var at de hadde evnen til å få med seg andre, og virket inspirerende på sine kollegaer. De formidlet et faglig ansvar for beboerne, utover den korte tiden de bodde ved institusjonen. Det var opptatt av at planen egentlig kun hadde verdi om den var «levende».



«Det er en stor fordel for vår sårbare gruppe. De andre som deltar i planen kan ikke fraskrive seg ansvaret for ting de skal gjøre, beboerne blir trodd og forstått»
– ansatt

Ansatte forklarte at planen måtte arbeides aktivt med, oppdateres etter hvert som beboer trengte det, samt oppdateres etter ansvarsgruppemøte. Ved begge institusjonene var det pådrivere som ga inspirasjon til andre i personalgruppa. Interessen tiltok blant de andre ansatte, utprøving ble igangsatt, og rutiner for arbeidet med IP ble laget.

«Vi startet med å lage en enkel mal som skulle være tilgjengelig for brukere, og oss»
– ansatt

Planarbeid er et samarbeidsprosjekt mellom ansatte og beboere. Malen for IP ble tilpasset til arbeidsform ved institusjonen og bidro således til at ansatte fikk et eierskap til å jobbe med IP. Slik ble IP et enkelt verktøy for oppfølging av den enkelte beboer, og det var deres stemme som skulle være bærende i planen. Selv på samme institusjon ble ulike maler benyttet, der utseende og innhold i malene kunne variere mellom teamene. Ledelsen ved institusjonene var ikke involvert i dette, men bidro med å legge forholdene til rette:

«Det ser ut som arbeidet går på skinner og teamene holder selv styr på dette. Det må imidlertid være struktur. Man må ha en struktur i arbeidsdagen og da blir det lettere å få tid og rom til å gjøre de ting man er pålagt. Det blir mindre «brannslukking»»
– institusjonsleder

IP har eksistert i lovverket siden 2001. Ansatte fortalte at de på ulike tidspunkt hadde vært på kurs i IP, og flere hadde også hatt det i utdanningen sin. Imidlertid viser det seg at det var ulike oppfatninger av nytten med å delta på kursene. Flere ansatte gir uttrykk for at de har hatt begrenset utbytte av den teoretiske kunnskapen de hadde om IP i arbeidshverdagen. De forklarer at de arbeider med personer i så stort kaos og hatt vansker med å omsette teori om IP til praksisfeltet de er i. I intervjuene beskriver flere av de ansatte utfordringer med å benytte IP overfor beboerne. En del av de ansatte formidler at fokuset på IP kunne virke som en belastning for beboer, og skape avstand i relasjonsbygging. To av de som intervjues anbefaler ingen å gå på kurs, og oppfatter at det blir så stort og vanskelig, og ofte ikke har relevans for deres brukere.

4

NYTTIG VERKTØY FOR BEBOERNE?

Hva skal til for at beboerne ble motivert til å utarbeide IP?
Opplever de dette som nyttig? Hva er i tilfelle nyttig, og hvorfor?

4.1 Ansatte spilte nøkkelrollen

For å kunne motivere beboerne var det tydelig at de ansatte selv måtte oppleve verktøyet som relevant. I Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (2012) poengteres viktigheten av å ivareta et sammenhengende tilbud, og den instansen som først kommer i kontakt med en person med ROP-lidelser, skal sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for IP.

Målgruppen ved Lassonløkken er personer med rus- og psykiske helseproblemer, og gjennom intervjuene med ansatte fremkom det at de måtte arbeide mer for å motivere beboere til utarbeidelse av IP, enn ved Karlsborg. Ved Karlsborg har de også personer i aktiv rus, men beboerne her har ikke alvorlige psykiske lidelser. En ansatt ved Lassonløkka forteller:

«Vi jobber ofte med personer som ikke har motivasjon»
– ansatt

Å leve et liv i aktiv rus med samtidig psykiske lidelser bidrar til stor ustabilitet. Det er ofte krevende å bygge relasjoner preget av tillit, og det krever stor grad av faglig skjønn i tilnærmingen til klienten. Kvaliteten på relasjonen er viktig endringsarbeid, og Rogers beskrev allerede i 1959 egenskaper som ekthet, positiv oppmerksomhet og empati som viktige egenskaper i en relasjon. I dag har vi forståelse og kunnskap om at relasjonen mellom klient og behandler, er viktigere enn metoden i seg selv (Miller & Rollnick, 2002). Gjennom KOR-samtalene hadde begge tjenestestedene allerede en metodikk der relasjon var fokus. Alle ansatte som ble intervjuet var opptatt av å skape gode relasjoner til beboerne. Flere av de ansatte beskrev ulike tilnærminger til hvordan de formidlet til beboeren hva IP var. Hvordan IP ble presentert og formidlet hadde en verdi:

«Hvordan du selger inn IP er avgjørende for om beboeren vil ha IP eller ikke»
– ansatt

Noen forklarte i den første samtalen hva IP er, og flere hadde med en mal for IP som de viste på papir til beboer. Andre overførte mål og planer beboeren hadde fortalt i samtalen, inn i et tentativt forslag til IP. I etterkant gjennomgikk de denne med beboeren, og forklarte hensikten med enkle og korte ord. IP kunne inneholde helt enkle og kortsiktige mål som var formidlet av beboer i samtaler, og oversikt over hvilke tjenester som var involvert. Dette som et utgangspunkt for å legge til og endre innhold etter hvert.

Både brukere, ledelsen og ansatte var i intervjuene opptatt av at brukerens egen stemme skulle være bærende i planen. I begynnelsen kunne beboer og ansatt sette i gang med arbeid med planen, mens øvrige samarbeidspartnere ble involvert etterhvert. Hensikten var at brukeren selv får et forhold til egne planer, mål og drømmer. Faglig fleksibilitet ble viktige verktøy. Informasjon som var relevant for IP ble hentet inn via andre «naturlige» samtaler/møtearenaer som allerede var etablert. Flere beskrev at å vise en ferdig utfylt IP, gjorde planen konkret. Å gjennomgå den sammen, gjorde at ansatte opplevde at brukeren fikk en bedre forståelse av hva en IP er, og en beboer sier blant annet:

«Den ble presentert for meg. Ser kanskje i ettertid at jeg hadde sagt nei hvis jeg bare ble fortalt om en IP»
– beboer

Sitatet illustrerer hvordan det å presentere et konkret forslag til IP ble viktig og planen virket slik mer tilgjengelig for beboeren. To beboere oppfattet at de ikke hadde valg omkring IP, og formidler at de ansatte bare ordnet det.

Jevnt over gir beboerne uttrykk for at de er fornøyd med å ha planer og sier at for dem er IP viktig. Beboerne hadde flere samarbeidspartnere, og planen ga en oversikt, og et bedre samarbeid med sitt eget team.

«Opplevde at IP har vært kjempebra. Fikk fin IP, med mine mål og punkter på. Det var min plan. Opplevde godt samarbeid med teamet mitt»

– beboer

Sitatet illustrerer at IP også kan bidra i en recovery prosess, eller tilfriskningsprosess som det ofte oversettes til på norsk. Å være i en tilfriskningsprosess innebærer muligheten for å ta egne valg, delta i egen prosess, og en opplevelse av å være i et fellesskap (Karlsson & Borg, 2017). IP var beboerens egen plan. Å få en oversikt over hvem som kunne være en støtte i egen prosess, ser ut til å ha bidratt til at flere av beboerne fikk et løft til å holde fast i egne drømmer og mål i hverdagen. Å ha en plan som var sin egen, motiverte til å ville delta i samfunnet med sine ressurser, og se for seg livet sitt i fremtiden:

«Det er lett å finne nummer til de i gruppa. Supert! Det er bra at Lasseløkken hjelper meg til å hjelpe meg lenger enn jeg bor her, til senere og til alderdommen»

– beboer

Recovery beskrives ofte som individuelle, personlige og sosiale prosesser som kan støttes av fagpersoner og omgivelsene, og det er den enkelte bruker som eier dette (Karlsson & Borg, 2017). Bebo-

eren må selv ta ansvar, men står ikke alene. Når IP samler mål og samarbeidspartnere, opplevdes det oversiktlig for både beboer og ansatte. Ved bruk av IP på samarbeidsmøter, fungerte planen som et referat som fulgte beboer på møter og slik ble det et «levende dokument». Informasjon om samarbeidspartnere og deres ansvarsområder, mål og planer var til en hver tid tilgjengelig. Beboeren hadde den på papir, noe som både beboere og ansatte vurderer som viktig. Særlig ROP- beboere kunne ha lite erfaring med å benytte seg av elektroniske verktøy, og telefoner ble ofte borte. Avtaler og oversikt kunne være svært vanskelig, men IP bidro positivt:

«Det er stor nytte av IP. All informasjon finner jeg der»

– beboer

«Bare bra opplevelser med IP. Alt det viktige, det jobbes med i min behandling på et ark»

– beboer

Brukerrettigheter og brukerkompetanse er alltid viktige faktorer når det gjelder respekt for den enkeltes iboende verdighet, men medbestemmelse og brukermedvirkning er likevel ikke det samme som å bære hele ansvaret alene (Biong & Ytrehus, 2018). Personer med rusproblemer trenger ofte koordinerte og langvarige helse- og sosialtjenester. Vi har et helsetilbud som fremstår fragmentert, og IP er spesielt viktig i en samhandling mellom de ulike tjenestene og skaper et forpliktende samarbeid. Beboere ga utrykk gjennom sine tilbakemeldinger om at IP opplevdes positivt for dem i deres hverdag.

«Jeg ville ha planer og følge dem opp for å få størst mulig sjans for å lykkes»

– beboer

Mange personer med rusproblemer strever, og flere som kommer i behandling beskriver et komplekst bilde av symptomer og utfordringer (Mannes & Markestad, 2015). Mennesker som har hatt rusproblemer over tid mangler ofte bolig, er utenfor arbeidsmarkedet, flere har dårlig ernæringstilstand, og somatisk helse og tannhelse er dårlig. IP fikk en funksjon når fremtiden var usikker og kaotisk. IP bidro til å holde oversikt over situasjonen for ansatte, noe som ifølge noen beboere bidro til at de slapp å gjenta de samme tingene flere ganger:

«Personalet foreslo det for meg, og jeg syntes det er bra med noen planer igjen, jeg får ikke kommunal bolig før om kanskje to år og da må jeg bo på nesten et sted som dette igjen. Da slipper jeg kanskje å fortelle de på nytt om planer fordi jeg har fortsatt de samme»

– beboer

Personer med rusproblemer kan ha betydelig funksjonssvikt innen ulike levekårsområder. Det kan ofte være vanskelig å vite hvilken instans i vårt helsetilbud som er den ansvarlige instansen, og det er helt grunnleggende at tjenester samarbeider, og utredning og behandling koordineres godt. Å bruke rusmidler på en skadelig måte, svekker viktige nevrokognitive funksjoner som å huske ting, bidrar til svekket konsentrasjon, evne til å resonnerer og forstå omgivelsene. For enkelte beboere var det ikke helt enkelt å forstå IP, eller huske hva den ble brukt til:

«Tror vi kan bruke den for å vite hva vi skal snakke om»

– beboer

«Jeg tror vi har brukt det litt i møtene, jeg husker ikke helt. Jeg bruker det mest selv, men jeg håper og tror de bruker den også»

– beboer

Svarene fra noen beboere kan tyde på at hukommelse og orientering ikke er så lett, men likevel er de opptatt av planen. Det kan uansett tenkes at en orientering mot egne mål, håp og drømmer vil kunne virke positivt hos beboere i aktiv rus med samtidig psykiske lidelser.

For beboerne kunne IP virke styrkende blant annet når det gjaldt å sette mål for egen tilværelse. Mål og drømmer ble konkrete og kunne virke motiverende, og planen virket som en påminnelse. Kanskje viktigst av alt bidro den individuelle planen til håp og å holde motivasjonen oppe, slik en beboer forteller i sine svar:

«Arbeidet med IP har vært god, men jeg mangler så mye i livet mitt. Med IP holder jeg motivasjonen oppe»

– beboer

For mange brukere i aktiv rus vil målene være bedre livskvalitet. Å ha en egen, tilgjengelig plan skapte en bevissthet knyttet til bruk av rusmidler, og det å se på planen minnet beboeren på mål i hverdagen. I sitatet under beskrev en av beboerne hvordan



planen bidro til reduksjon og bedre kontroll over rusinntaket:

«Det har hjulpet meg mye å ha en plan. Jeg ruser meg mye mindre nå enn før fordi jeg skrev på planen. Den har gjort meg mer bevisst»
– beboer

En viktig ting med IP var at den alltid ble skrevet ut på papir til beboeren. Slik var den alltid tilgjengelig. Den lå lagret i journalsystemet, og kunne hele tiden skrives ut på nytt i tilfelle beboer mistet den. Flere av de ansatte brukte planen aktivt i samtaler med beboer, noe som bidro til å oppdatere planen.

Ansatte som ble intervjuet formidler hvor viktig det var å holde IP «levende» og beskrev at dette gjaldt både for samarbeidspartnere, men også i hverdagen med beboer. Å henge planen opp på veggen og sørge for at beboer hadde den tilgjengelig var viktig. De ansatte forholdt seg til at beboerne ofte var i et kaos, og formidler i intervjuene at IP bidro til at beboeren fikk bedre oversikt, og husket ting bedre. To av de ansatte påpekte i intervjuene at de erfarte at særlig ROP-beboere hadde funnet en type forankring med bruk av IP. Planen skilte seg fra verktøyene de hadde fra før – for dette var ikke de ansattes plan, bare beboerens. De påpekte også at flere etterspurte IP på papirformat om de hadde rotet den bort.

En kan også se IP som et bidrag i å fremme helse og livskvalitet. Tidligere var begrepet «helse» begrenset seg til å være «fravær av sykdom», nå definerer WHO helse som en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære (Lillefjell, Maas & Espnes, 2012). Definisjonen gir muligheter for å se helse i et større perspektiv. Vi skal ikke lenger bare forebygge, unngå eller behandle. Fokuset rettes mot hva som kan fremme helse, også der helsen er svekket. Å finne faktorer som styrker helse er helt sentralt i helsefremmende arbeid. En helsefremmende forståelse bygger på salutogenese (Antonovsky 1979). Selve ordet salutogenese betyr "helsens opphav" og retter seg mot menneskelige ressurser. Helse blir i en salutogen forståelse beskrevet som et kontinuum med gradvise forskjeller mellom helse og uhelse. Helse blir ikke her forstått som et liv uten sykdom og vanskeligheter, og sykdom og vanskeligheter blir sett på som en naturlig del av livet.

Becker og Rhynders (2012) bruker matematikk for å illustrere ulikhetene metaforisk mellom disse tilnærmingene. Her vil patogenese ta vekk dårlige betingelser og risikofaktorer (subtraksjon), mens salutogenesen handler om tillegg (addisjon). Fokuset rettes på hvordan tilføre positive handlinger og muligheter. Disse kvalitetene beskrev Antonovsky (2012) som begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Når disse tre elementene er til stede, får mennesket en «opplevelse av sammenheng». Salutogenesen handler derfor om den prosessen som gjør at vi beveger oss i en retning som styrker helsen vår, tross belastninger vi møter. IP kan sees på å ha fremmet en opplevelse av sammenheng i tilværelsen og bidro til at beboeren var i bedre stand til å fremme egne ressurser:

«Jeg har gode erfaringer. IP gir meg oversikt over det jeg skal jobbe med»
– beboer

«Når jeg fikk se IP, da skjønte jeg at den kunne hjelpe meg med å holde oversikt over planene mine»
– beboer

«Fordi jeg trenger planer og jeg trenger å forandre meg. Det er på tide at jeg lærer meg ting nå. Spesielt økonomi, jeg har blitt så gammel nå at jeg må kunne ha en bedre økonomi, ikke bruke opp alt med en gang. Det er også viktig for veien min videre i livet å ha planer for at jeg skal lykkes med det jeg vil»
– beboer

4.2 Bedret samarbeid og samhandling

Ved siden av å bruke IP aktivt i samtaler og i hverdagen med beboer, trekker samtlige ansatte frem samarbeidsmøter som viktig, særlig ansvarsgruppermøter. De forteller om hvordan enkelte beboere styrer ansvarsgruppermøter selv, og hvordan de ansatte selv opplever at IP letter arbeidshverdagen. Et reelt samarbeid er ifølge McCormack og McCance (2010) forankret i praksiser som er personorienterte og har utgangspunktet i brukerens egne verdier og preferanser. IP kan styrke samarbeid mellom de involverte.

«Alle i ansvarsgruppa drar i samme retning. Den som er ansvarlig for det enkelte punkt må følge opp og det blir veldig tydelig hvis ikke det blir gjort. IP følger beboer etter oppholdet hos oss»
– ansatt

Ansatte som har hatt positive erfaringer med å bruke IP, formidler at IP skiller seg vesentlig fra de andre planene de benytter ved institusjonen. De trekker frem viktigheten av noe som følger beboer over tid. For beboeren selv skapte det kontroll over hvem som deltok i egen prosess, en tydelighet i hvem som deltok og gjorde hva.

Ansvarsgrupper kan både være en arena hvor det utveksles fagkompetanse mellom tjenestenivå, og en arena for aktiv brukermedvirkning. Det kan bli uklart hvem som skal gjøre hva, og hvordan ansvaret skal fordeles. Flere forteller om ansvarsgrupper som ikke helt har fungert. Samtlige ansatte som intervjues og som benytter IP aktivt, bemerker at det letter arbeidet. Å ha en IP ble bindende for alle parter og skapte en trygghet for brukeren, en beboer sier i sine svar:

«Jeg syntes at IP har gjort det tydeligere for meg og alle. Det som er bra er at det står hvilke ting som skal gjøres og hvem som skal gjøre det. Alle får utdelt ulike oppgaver for å hjelpe meg. Det skal tas tak og med IP er det sikkert at det blir gjort. På IP står alt dette»
– beboer

Ansatte som benyttet IP, opplevde at ansvarsgruppermøtene ble konkrete og at ansvar ble fordelt mellom samarbeidspartnere. Samarbeidet ble enklere og mer og håndterbart. IP var også lett å følge opp i etterkant om noen hadde glemt sitt ansvar.

Ved sykdom eller ferie var det lett for andre å overta arbeidet, da IP ga oversikt over mål, tiltak, samarbeidspartnere og fremdrift. Beboeren ledet i en del tilfeller møtene:

«Beboere klarer etter hvert å styre ansvarsgruppermøtet selv. De får et eierforhold til planen sin. Vi er bare støttespillere»
– ansatt

Sitatet illustrerer kjerneverdier av brukermedvirkning og her kan vi se at beboer selv er bærende for egen prosess, men ikke er alene. Det oppsto et mer helhetlig samarbeid mellom de fagansatte og bruker. Ansatte opplevde et tettere og mer forpliktende samarbeid med de øvrige samarbeidspartnere. Nå sto det i IP hva spesialisthelsetjenesten skulle gjøre, hvilket ansvar NAV hadde osv. Dette speiler tidligere undersøkelser gjort om IP og personer med rusproblemer der en gjensidig forpliktelse til å bidra i samarbeidet mellom fagansatt i spesialisthelsetjenesten, kommunen og andre offentlige instanser har vist seg å være positivt for fremdriften av arbeidet med IP (Gravrok, Andreassen & Myller, 2008).



4.3 Koordinatorrollen og samarbeid

Bydelene i Oslo har ansvar for kommunale tjenester til sine innbyggere. Velferdsetaten tilbyr byomfattende tjenester, deriblant institusjonsopphold for personer med rusproblemer. Inntak ved institusjonene skjer etter at bydel har fattet vedtak om opphold i institusjon etter Helse- og omsorgstjenesteloven. Ansatte i bydel har det helhetlige oppfølgingsansvaret for brukeren, mens Velferdsetaten tilbyr institusjonsopphold i en tidsbegrenset periode. Enkelte vil derfor hevde at det er naturlig at ansatte i bydel er koordinator for IP, mens andre vil hevde at ansatte ved institusjoner bør/kan ha ansvar for utarbeidelse og oppfølging mens bruker bor på institusjon. Dette ser ut til å ha skapt forvirring knyttet til hvem som skal ha ansvaret for IP og være koordinator. Å koordinere betyr «å få til å virke sammen». Det innebærer å se tjenester i sammenheng for å oppnå helhet og sammenheng i tilbudet. Koordinering må skje på flere nivåer. IP er et verktøy for å tilpasse tjenester til en person.

I intervjuene fortalte flere at de i starten var usikre på koordinatorrollen, og forsto IP som et ansvar som ansatte i bydel hadde. Koordinator betyr i denne sammenheng at ansatte ved institusjonen tar ansvar for koordineringen av samarbeidet med andre instanser og beboer. Etter å ha startet med IP innså flere av de ansatte at dette var en arbeidsoppgave de allerede hadde, ved å være beboerens nærmeste samarbeidspartner. Noen påpekte også at de hadde flere gode erfaringer med at deres tyngde som miljøpersonell ble verdsatt i høyere grad av samarbeidspartnere, etter at de ble formelle koordinatører.

«Vi har jo egentlig alltid vært koordinatører for beboerne våre. IP er en enda bedre anledning enn før til å ta kontrollen, for det er jo oftest vi som jobber der beboerne bor som jobber med de tettest og kjenner de best. Med denne rollen får vi også gjennomslag og større anerkjennelse for den kunnskapen vi har»
– ansatt

Ansatte som ble intervjuet var imidlertid bekymret for den videre oppfølging av IP etter at beboeren flyttet. De var bekymret for hvordan koordinatorrollen skulle opprettholdes på en god måte. Her påpekte en del av det var personavhengig og lett at IP gikk fra å være et levende dokument som aktivt ble benyttet, til bare å bli noe som ble liggende:

«Det er så lett at IP bare blir liggende i en skuff, og flere av de som bor her er helt avhengig av at noen har koordineringsansvaret og holder planen «levende» for brukeren. De trenger at noen ser verdien i den og hvor faglig relevant den er, ikke minst så fint det er for brukeren å ha den tilgjengelig. Spesielt når det er dårlige perioder med mye rus, da kan den av og til bety så mye»
– ansatt

Når ansatte fra institusjonen tok ansvaret for å være koordinator, opplevde de ansatte at samarbeidet ble bedre regulert. Alle tjenestene forsto sitt ansvar og sin rolle. Nå sto det skrevet hvem som hadde ansvaret for hva. Slike avklaringer gjorde samarbeidet mellom tjenestene enklere, og ble opplevd positivt av beboerne:

«Jeg får oppdatert IP etter møtene, og har den med til alle møter med NAV»
– beboer

I Helsedirektoratets nasjonale veileder (2018) «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» fremgår det at for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker IP. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte

«Det er bra fordi det fikk NAV til å hjelpe meg, de ordnet med å hjelpe meg med bolig fordi jeg hadde ingen til å gi meg referanse på boligmarkedet. De fleste har det, men det har ikke jeg, og da trengte jeg hjelp. IP har fått meg til å spare penger og ha en plan over arbeid og aktivitet»
– beboer

Sitatet illustrerer hvor viktig planen var for å skape en oversikt for beboeren. Som et bakteppe bør en her se dette i lys av at flere av beboere var i aktiv rus, og har derfor svekket evne til å holde oversikt over sine omgivelser. Det ble lettere å legge planer frem til neste ansvarsgruppe. Brukerens ansvar ble tydelig.

IP kunne også brukes som en mal for møtet hvis beboeren ønsket det, da beboeren alltid i teorien skal lede ansvarsgruppemøtene selv. Ansatte var opptatt av en struktur som gjorde at brukerens stemme skulle komme best mulig til uttrykk, og ansvarsgruppen var en arena hvor endringer kunne oppdateres for samarbeidspartnere, og nye ansvarsoppgaver ble fordelt.

«Å bruke IP som en sakliste under møtene og som et referat etter møtene har i stor grad effektivisert arbeidet vårt»
– ansatt

pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Når ansatte ved de to kommunale institusjonene tok ansvaret for at deres beboere fikk utarbeidet IP var forutsetningene for dette ivaretatt. Som de selv beskrev i empirien, var de allerede koordinatorene før IP, så de hadde denne rollene uavhengig av om beboere ville ha IP eller ikke.



4.5 En integrert del av arbeidet?

Vi spurte om satsningen på IP har ført til en endring av ansattes holdning og om det har blitt et integrert verktøy i arbeidshverdagen? Vi vil forsøke besvare problemstillingen i dette avsnittet.

4.5.1 Holdningsendring til IP er nødvendig

Begge institusjonene er vant til å implementere nye måter å jobbe på, og det er tydelig gjennom intervjuene at de ansatte er godt kjent med å jobbe med planverktøy. Flere av de ansatte som ble intervjuet var opptatte av å tilrettelegge for en plan som følger beboer etter endt opphold, og formidler at de ser et ansvar som strekker seg utover botid på institusjonen. Satsingen har ført til at flere beboere har IP, og alle ansatte som ble intervjuet ved Karlsborg benyttet IP i arbeidet med beboeren. Ved Lassonløkken benyttet ikke alle som ble intervjuet seg av IP, men også her har satsingen ført til at flere beboere fikk utarbeidet IP.

I intervjuene uttrykte de ansatte jevnt over at de var positive til å benytte IP. Ved Lassonløkken er det hovedsakelig beboere med ROP-lidelser, og disse personene har ofte rett til IP. Det var likevel et større språk på Lassonløkka enn ved Karlsborg, blant ansatte om hvilken nytteverdi de så i å utarbeide IP. Ved Lassonløkken mente noen ansatte at beboernes liv var for kaotiske og/eller at beboerne var for alvorlig psykisk syke til helt å forstå hva de signerte på. De opplevde ikke at det ble et reelt valg for beboeren. Noen av de ansatte var også bekymret for at IP kunne forstyrre relasjonsarbeidet. Flere av de som opplevde usikkerhet knyttet til bruk av IP, hadde liten eller ingen erfaring med bruk av IP i arbeidshverdagen. Ansatte som benyttet IP oppfattet dette helt motsatt. Jo dårligere beboeren var, jo viktigere var det å forsøke utarbeide IP:

«Jeg mener ikke at beboerens psykiske helse er noen hindring i IP arbeid. Periodevis, ja... men alle har drømmer, tanker og håp. Alle jeg har spurt har svart ja til IP, så lenge jeg forklarer godt hva det er. Man trenger jo selv å være trygg og å ha kompetanse til å snakke med mennesker som er psykisk dårlige. Jeg synes argumentet med at beboerne våre er for dårlige, ikke er et argument for ikke å snakke ordentlig med dem, og gi dem god informasjon. Om beboeren er psykotisk er kanskje ikke arbeidet med IP så fruktbart, men i gode perioder skaper det trygghet og forutsigbarhet. Jeg har opplevd å bli tatt på mine egne fordommer flere ganger, så jeg tror mye ligger på oss»

- ansatt

Gjennom konkret arbeid med IP, ble holdninger endret. Flere påpekte at de oppfattet planen som spesielt viktig for personer med sammensatte lidelser, da de hadde stort behov for flere tjenester – og de ville også ha det i fremtiden. Det var først da de begynte å bruke IP, at alle fordelene ved det kom til syne.

Under intervjuene ble det tydelig at ansatte selv må ha motivasjon og en positiv holdning for å benytte verktøyet på en konstruktiv måte. Utprøving og egenerfaring ser ut til å styrke både motivasjon og kreativitet i måten å tilpasse arbeidet med IP den enkelte bruker.

5 OPPSUMMERING OG DISKUSJON

Suksessfaktorer og snubletråder i arbeid med IP – kort oppsummert.

Under intervjuene var det jevnt over et stort engasjement for bruk av IP, og begge institusjonene er godt i gang med å benytte seg av verktøyet. Som belyst var det likevel vanskelig å ta i bruk IP i noen situasjoner, hovedsakelig ved Lassonløggen hvor de har en beboergruppe med svært sammensatte og alvorlige ROP-lidelser. I noen intervjuer trakk ansatte frem at for beboere som er i aktiv rus, og spesielt i kombinasjon med alvorlig psykiske problemer, kan arbeidet med IP være utfordrende. Samtidig anså alle det som en spesielt viktig å bygge relasjon til disse beboere for å lykkes i å jobbe med IP. Å skape en relasjon med tilstrekkelig tillit kan ta tid. En generell holdning til at noen var for psykisk syke, eller i aktiv rus og derfor ikke kunne tilbys IP, var også temaer i intervjuene. Samtidig viste undersøkelsen at holdninger til IP endret seg når personer fikk erfaringer ved å ta verktøyet i bruk. Det kreves også faglig bevissthet knyttet til at denne planen skiller seg fra andre planverktøy og vil kunne være med brukeren i flere år. På en slik måte sikrer den at det er en koordinator der, og fremdrift i arbeidet så lenge brukeren selv vil.

Å finne ressurser i personalgruppa ble en nøkkel for lederne, samt det øvrige personalet. De ansatte lot seg smitte av engasjement, og fikk slik egen erfaring med verktøyet. Ansatte må først og fremst oppfatte verktøyet som relevant for å kunne levere IP fra seg til beboeren. Utfordringen kan være at en ikke ser relevansen før en selv har tatt det i bruk. Nøkkelpersoner med en motivasjon for IP ser ut til å være en nøkkel for å lykkes med å øke fokuset. Relasjonen og kommunikasjon var svært viktig for å motivere og holde planen «levende». Både beboere og de ansatte formidlet at de opplevde IP som nyttig og en viktig del av arbeidet med rehabilitering. Beboere ønsket jevnt over å ha IP og formidlet at det for dem var viktig for å huske på ting, og at det skapte en oversikt over de ulike tjenestene, egne mål og planer. For brukerne bidro denne planen til håp og motivasjon.

I følge nasjonale retningslinjer vil IP ikke erstatte behovet for andre detaljerte planer som institusjonene har fra før, og som de hadde godt integrert i arbeidet. IP er et felles verktøy på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Dette var godt ivaretatt ved begge institusjonene, og de fortsatte med planarbeidet de hadde fra før av, og IP kom i tillegg. På bakgrunn av det øvrige planarbeidet de jobbet aktivt med, var det lett å ta i bruk IP og den kunne virke komplementært til de øvrige planene. IP kan i følge Helsedirektoratet beskrives både som et verktøy, i form av et planleggingsdokument, og en strukturert samarbeidsprosess. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i

koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Disse sidene ved retningslinjene ble fulgt og virket styrkende ved arbeidet til beboerne ved begge institusjonene. Slik beskrev de planen som «levende».

Hvorfor IP ikke har større oppslutning i rusfeltet kan ikke denne undersøkelsen gi noe svar på, og det kan være ulike grunner til dette. Denne undersøkelsen viser at når rammene lå til rette – var verktøyet noe ansatte tok i bruk. En kan likevel tenke seg at det kreves en ekstra innsats fra tjenesteapparatet for å sikre at informasjonen blir gitt på en måte som er mulig å forstå for personer i aktiv rus.

Når det gjelder brukermedvirkning var det noen ansatte som ikke ønsket å benytte eller formidle IP til sine beboere, og brukermedvirkning er på en slik måte ikke tilfredsstillende. Ansatte har allerede valgt bort IP på vegne av beboeren. Overordnet mål med brukermedvirkning er at brukere skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene (både på individuelt nivå og på systemnivå). For personer med ROP-lidelser bør man utvikle individuell plan som et middel til å styrke brukermedvirkning (ROP-retningslinje, 2012). Undersøkelsen viser at å jobbe med tiltak som øker menneskets selvfølelse, mestring og tilhørighet var viktig for beboerne. Måten institusjonene benyttet IP på, virket å fremme ressurser for både beboer og ansatt. IP skaper et forpliktende samarbeid, samtidig som beboeren selv sitter i førersetet. IP kan sikre at alle parter får benytte sine erfaringer og kunnskap i et likeverdig fellesskap. Alle ansatte og beboere som benyttet IP i denne undersøkelsen oppfattet

samhandling bedre etter økt bruk av IP.

Det stilles krav til den enkelte leder og fagperson på tvers av sektorer om å ta i bruk IP. Kriminalomsorgen har egne planverktøy, det samme har spesialisthelsetjeneste og de ulike kommunale tjenester. IP kan virke samlende, og er en lovfestet plikt tjenesteapparatet har. Empirien viste at det var langt viktigere å få til godt samarbeid med

beboeren, enn å gjøre ting i «rett rekkefølge». Alle beboere som deltok i undersøkelsen var positive til IP som var utformet.

VIKTIGE ERFARINGER FOR IMPLEMENTERING AV IP I DET DAGLIGE ARBEIDET ER:

- Ledere og ansatte styrket fokuset på IP, og jobbet med å utvikle positive holdninger.
- Ledelsen har ansvar for arbeidet, men hver enkelt arbeidstaker bør oppleve et selvstendig ansvar for å ta i bruk verktøyet. Her kan nøkkelpersoner/ pådrivere/ildsjeler ha en viktig rolle.
- Institusjonene arbeidet frem en felles forståelse av IP, men lot hver enkelt beboer og team sette sitt individuelle preg på hvordan arbeidet med planen ble utformet.
- Fagpersoner som var pådrivere og veiledere for andre ser ut til å ha vært en nøkkel for å lykkes ved disse to institusjonene.
- Ledelsen må legge til rette for pådrivere ved å gi dem tid og tillit.
- Ledelsen må være støttende og bidra positivt til at rutiner for IP blir forankret.
- Det er viktig å være fleksibel og kreativ i tilnærmingen med å formidle IP til personer med rusproblemer. Ansatte brukte naturlige samtalearenaer (innkomstsamtale, andre samtaler som allerede er integrert) til å samle informasjon om mål, drømmer, håp for fremtid. Det viktigste var å få til et godt samarbeid og en god tilnærming til bruk av IP, enn å gjøre ting i «rett» rekkefølge. Det var ingen standardisert måte å gjøre dette på.
- De gjorde malen for IP kortfattet og hadde et positivt fokus som fanget opp styrker og ressurser.
- En tilretteleggelse for at beboerens aktive medvirkning i utvikling av mål som var viktig for dem.
- En anerkjennelse av beboerens egen kunnskap om sitt liv.
- Personen som skal eie planen måtte medvirke fra starten av.
- Ansvarsgruppen ble svært viktig i arbeidet med IP og koordinatorene sørget for at ansvarsfordeling ble fordelt, og på en slik måte holdt dokumentet «levende».

Når institusjonene arbeidet med IP kan en se dette i lys av å arbeide med faktorer som fremmer helse og livskvalitet. Helsefremmende arbeid er en del av Folkehelseloven som definerer dette arbeidet som "samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre, og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helsefare og styrke faktorer som bidrar til bedre helse." (Prop 90 L, 2010 – 2011, Helsedirektoratet 2010, s. 6) I denne under-

søkelsen ser det ut til at IP brukt aktivt i møte med beboer fremmet håp, mål og ga en oversikt. Å rette fokuset mot faktorer som fremmer helse hos mennesker med rusproblemer er viktig, da vi ser en opphopning av helsemessig ressursvikt hos denne gruppen. IP kan være et godt supplement om planen brukes aktivt.



Intervjuguide

Spørsmål til ansatte

- Hovedspørsmål: Hvilke erfaringer har du med bruk IP?
 - Hvordan bruker du IP? (Evt. hvorfor bruker du ikke IP?)
 - På hvilken måte bruker du IP? I oppfølging av beboer, samarbeidsmøter etc? Hvordan følger du IP opp?
 - Har du erfart hindringer i arbeidet med IP?
 - Har du erfart fordeler med IP?
 - Hva har du erfart motiverer beboerne til å ville ha IP?
 - Hvordan opplever du samarbeidet med samarbeidspartnere etter IP?
- Er det noe du har lyst til å legge til?
- Oppsummering.

Spørsmål til beboere

- Hovedspørsmål: Hvordan erfarer du å ha IP? (Eks: Vil du fortelle, hvordan er det)
 - Hvordan fikk du vite om IP?
 - Hva gjorde at du valgte å ha en IP?
 - Har du noen bra eller dårlige opplevelser med IP?
 - Hvordan bruker du og ansvarsgruppen IP?
 - Hvordan opplever du samarbeidet med ansvarsgruppen din etter IP?
- Er det noe du har lyst til å legge til?
- Oppsummering.

Intervjuguide ledere

- Hva gjorde at dere økte fokuset på bruk av IP?
 - Hvordan opplevde dere holdninger til IP i personalgruppen?
 - Har det vært noen situasjoner/elementer dere som ledere har opplevd som krevende/utfordrende i økt fokus på IP?
 - Hvordan situasjoner/elementer har dere opplevd som nyttig/givende i denne prosessen?
- Hvilke elementer tenker dere er spesielt viktige fra ledelse når det gjelder implementering av IP?
 - Hvilke strategier har dere brukt?
 - Hvilke strategier tenker dere ville vært uheldig som leder å ta i bruk i en implementering prosess?
 - Er det noe dere ville gjort annerledes?
 - Er det noe dere tenker var spesielt viktig at dere gjorde?
- Hvordan opplever dere at personalet forholder seg nå i dag til å bruke IP?

Litteraturliste

Antonovsky, A. (1979).
Health, Stress and Coping.
San Fransisco, Jossey-Bass Publication

Antonovsky, A. (2000).
Helsens mysterium. Den salutogene modellen.
Oslo: Gyldendal akademisk

Becker, C.M & Rhynders, P. (2012).
It's time to make the professions of health about health.
Scandinavian Journal of Public Health, s. 1-3

Biong, S. & Ytrehus, S. (2018).
Helsehjelp til personer med rusproblemer
(2.utg.). Cappelen Damm

Gravrok, Ø, Andreassen & Myller,T. (2008).
Hvordan styrke arbeidet med individuell plan fra rusmiddelavhengige?
Skriftserie fra Nordnorsk Kompetansesenter - Rus 2/2008. ISBN 978-83-8085-038-6

Helsedirektoratet (2012).
Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser.
Oslo, Helsedirektoratet. IS-1948

Helsedirektoratet (2014).
Sammen om mestring. Oslo, Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusbehandling for voksne.
Helsedirektoratet. IS-2076

Helsedirektoratet (2018).
Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter> (lest 23.03.2020)

Karlsson, B & Borg, M. (2017).
RECOVERY
Gyldendal Norsk Forlag AS

Landheim, A, Wiig F, Brendbekken M, Brodahl M, Biong S, (2016).
Et bedre liv.
Gyldendal Norsk Forlag AS

Langeland, E. (2014).
Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering.
NAPHA: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport nr1/2014

Lillefjell, M, Maas, R. & Espnes, G, A. (2012).
Helse og Livskvalitet i Malvik kommune 2012 – Lev Vel.
Rapport 2013/01

Mannes, H & Markestad, M.;
En beskrivelse av dynamikken mellom traumer og rus.
Rusfag nr. 1-2015

McCance, T, McCormack, B & Dewing, J., (2011).
An Exploration of Person-Centredness in Practice: The Online Journal of Issues in Nursing
Vol. 16, No. 2, Manuscript 1. DOI: 10.3912/OJIN. Vol16No02Man01

Miller,W.R & Rollnick, S. (2002).
Motivational Interviewing: preparing people for change.
New York: Guilford

Prop 90 L, 2010-2010.
Lov om folkehelsearbeid. Folkehelseloven.
Proposisjon til regjeringen. Det Kongelige Helse -og Omsorgsdepartement

Rogers, C.R. (1959).
The essence of psychotherapy: A client-centred view.
Annals of Psychotherapy, Vol 1, 51-57



Velferdsetaten



Oslo