

Kristin Humerfelt

# **Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan**

– anerkjennelse og krenkelse

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, desember 2012

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

**NTNU**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Doktoravhandling for graden philosophiae doctor

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

© Kristin Humerfelt

ISBN 978-82-471-3992-9 (trykt utg.)  
ISBN 978-82-471-3993-6 (elektr. utg.)  
ISSN 1503-8181

Doktoravhandlingar ved NTNU, 2012:334

Trykket av NTNU-trykk

## Forord

Det har vært en lang prosess å bli ferdig med denne avhandlingen, men nå er den ferdig! I den anledning vil jeg først takke ledelsen i kommunen og helse- og sosialkontoret som villig åpnet opp for forskning i fellesskap, som til tider var tidkrevende i en ellers travel arbeidsdag. Både fagsjefer, virksomhetsleder, avdelingsleder og helse- og sosialarbeidere i kommunen viste engasjement og inntok en tillitsfull og åpen holdning til studien. I denne sammenheng er det også viktig å understreke brukernes verdifulle bidrag og derfor vil jeg rette en ekstra takk til dem, de slet selv med sine liv, men prioriterte allikevel å bruke krefter på å delta. Samtidig vil jeg takke representanter for ulike institusjoner og brukerorganisasjoner knyttet til rusmiddelfeltet, som bidro med gode råd henholdsvis i styrings- og ressursgruppen.

Jeg vil takke mine veiledere; Edgar Martinsen, hovedveileder i begynnelsen av arbeidet for hans entusiasme, Kristjana Kristiansen, hovedveileder i midten av arbeidet for å ha tro på meg og Jan Tøssebro for lune og viktige tilbakemeldinger i siste del av arbeidet. Til slutt vil jeg takke Sverre Nesvåg, biveileder for konstruktive samtaler.

Sosial- og helsedirektoratet får min takk for sjenerøs finansiering gjennom kommunen. Det samme får min arbeidsgiver, Universitetet i Stavanger som har gitt meg FOU-tid og vikarstipend.

På hjemmebane vil jeg takke min alltid støttende mann, Ståle som har holdt ut med at jeg har tatt med meg arbeid i helger og på ferier. Til slutt vil jeg takke min mor for hennes ukuelige lyst og evne til alltid å utvide sin horisont, og min far som dessverre ikke lever lenger, men som også hadde inspirerende nysgjerrighet på kunnskap gjennom hele livet.

Avhandlingen stiles til mine barn, Andreas og Mia som jeg er aller mest stolt av.

Kristin Humerfelt, 2012



## Innholdsfortegnelse

|  |                  |
|--|------------------|
| KRISTIN HUMERFELT.....   | 2                |
| <b><u>KAPITTEL 1 INTRODUKSJON .....</u></b>  | <b><u>1</u></b>  |
| 1.1 TEMA .....   | 1                |
| 1.2 ET TEMA UTVIKLET SAMMEN MED PRAKSIS.....   | 2                |
| 1.3 DISPOSISJON AV AVHANDLINGEN .....  | 3                |
| <b><u>KAPITTEL 2 STUDIENS TRE KOMPONENTER.....</u></b>                                 | <b><u>7</u></b>  |
| 2.1 INDIVIDUELL PLAN .....   | 7                |
| 2.1.1 INDIVIDUELL PLAN I EN RUSMIDDELPOLITISK SAMMENHENG.....                          | 7                |
| 2.1.2 RETTSLIGGJØRINGEN AV INDIVIDUELL PLAN.....                                       | 11               |
| 2.1.3 INDIVIDUELL PLAN OG RETTSLIGGJØRINGEN AV BRUKERMEDVIRKNING .....                 | 13               |
| 2.1.4 INDIVIDUELL PLAN OG ANDRE FORMER FOR PLANER I NORGE .....                        | 15               |
| 2.1.5 INDIVIDUELL PLAN I DANMARK OG SVERIGE .....                                      | 16               |
| 2.2 BRUKERMEDVIRKNING .....  | 17               |
| 2.2.1 BRUKERMEDVIRKNING I ET HISTORISK PERSPEKTIV.....                                 | 17               |
| 2.2.2 BRUKERMEDVIRKNING OG POLITISKE FØRINGER.....                                     | 19               |
| 2.2.3 BRUKERMEDVIRKNING - ET HONNØRORD MED LAVT PRESISJONSNIVÅ.....                    | 21               |
| 2.2.4 ARGUMENTER FOR BRUKERMEDVIRKNING .....   | 24               |
| 2.2.5 ULIKE GRADER FOR BRUKERMEDVIRKNING .....   | 27               |
| 2.2.6 BRUKERMEDVIRKNING OG ETISKE FØRINGER .....                                       | 31               |
| 2.3 BRUKERE MED RUSMIDDELPROBLEMER .....   | 31               |
| 2.3.1 AVHENGIGHET OG ANTALL BRUKERE MED RUSMIDDELPROBLEMER I NORGE .....               | 32               |
| 2.3.2 HVORFOR FOKUS PÅ BRUKERE MED OMFATTENDE OG LANGVARIGE RUSMIDDELPROBLEMER .....   | 34               |
| 2.3.3 BEGREPET; BRUKERE MED RUSMIDDELPROBLEMER .....                                   | 38               |
| <b><u>KAPITTEL 3 KUNNSKAPSOPPSUMMERING, PROBLEMSTILLING OG FORMÅL .....</u></b>        | <b><u>41</u></b> |
| 3.1 ET SYSTEMATISK LITTERATURSØK.....  | 42               |
| 3.1.1 SØK PÅ STUDIENS TRE KOMPONENTER .....  | 43               |
| 3.1.2 RESULTAT AV SØKET PÅ STUDIENS TRE KOMPONENTER .....                              | 45               |
| 3.1.3 FORSKNINGSBEHOV .....  | 52               |
| 3.2 FORMÅLET MED STUDIEN .....   | 54               |
| 3.3 PROBLEMSTILLING OG FOKUS .....   | 55               |
| <b><u>KAPITTEL 4 VITENSKAPSTEORETISK GRUNNLAG OG TEORETISK TOLKNINGSRAMME.....</u></b> | <b><u>57</u></b> |
| 4.1 KUNNSKAPENS ERKJENNELSESGRUNNLAG .....   | 57               |
| 4.1.1 EN FLYKTIG OG FORANDERLIG KUNNSKAP .....   | 59               |
| 4.2 MENNESKETS FORSTÅELSE AV VIRKELIGHETEN SOM PROSESSUELL INTERAKSJON .....           | 60               |
| 4.3 SOSIALE PROSESSER OG RELASJONELLE FORKLARINGER .....                               | 64               |
| 4.4 TEORETISK TOLKNINGSRAMME.....  | 65               |

|  |    |
|--|----|
| 4.4.1 AXEL HONNETHS TEORI OM GJENSIDIG ANERKJENNELSE ..... | 66 |
|--|----|

## **KAPITTEL 5 METODOLOGISKE OVERVEIELSER .....**73

|   |           |
|---|-----------|
| <b>5.1 STUDIENS FORMELLE STRUKTUR .....</b>   | <b>73</b> |
| <b>5.2 VERDILADET FORSKNING .....</b>   | <b>75</b> |
| <b>5.3 EN HANDLINGSORIENTERT FORSKNINGSSAMHANDLING .....</b>                          | <b>76</b> |
| <b>5.4 DESIGNETS TRE ASPEKTER .....</b>   | <b>78</b> |
| <b>5.5 GODKJENT FORSKNING .....</b>   | <b>82</b> |
| <b>5.6 UTVALG OG REKRUTTERING AV INFORMANTER.....</b>                                 | <b>82</b> |
| <b>5.7 FLERE KILDER OG ULIK ANVENDELSE.....</b>                                       | <b>86</b> |
| <b>5.8 INFORMANTER SOM MEDFORSKERE.....</b>   | <b>91</b> |
| <b>5.9 EN RELASJONELL OG REFLEKSIV UTFORMING AV STATUSEN SOM FORSKNINGSLEDER.....</b> | <b>92</b> |
| 5.9.1 EN MANGFOLDIG OG TRANSPARENT BRUK AV ROLLER.....                                | 94        |
| 5.9.1.1 Moderator .....   | 95        |
| 5.9.1.2 Novisen.....  | 96        |
| 5.9.1.3 Djevelens advokat .....   | 97        |
| 5.9.1.4 Brukernes forsvarer.....  | 97        |
| 5.9.1.5 Ulike roller skaper rikere datamateriale .....                                | 98        |

## **KAPITTEL 6 METODISK PROSESS OG REFLEKSJONER.....**99

|   |            |
|---|------------|
| <b>6.1 EN DIALOG- OG PROSESSORIENTERT DATAINNSAMLING .....</b>                | <b>99</b>  |
| <b>6.2 DATAINNSAMLINGENS TRE RUNDER - DEN REELLE OG IDEELLE PRAKSIS .....</b> | <b>100</b> |
| 6.2.1 FORBEREDENDE RUNDE; ORIENTERING OG FØRSTE KOMPETANSETILTAK .....        | 100        |
| 6.2.2 FØRSTE RUNDE .....  | 101        |
| 6.2.2.1 Første runde, Steg 1: Første individuelle intervju.....               | 102        |
| 6.2.2.2 Første runde, Steg 2: Første dialogsamling.....                       | 108        |
| 6.2.2.3 Første runde, Steg 3: Andre dialogsamling .....                       | 111        |
| 6.2.2.4 Første runde, Steg 4: Andre kompetansetiltak .....                    | 113        |
| 6.2.2.5 Første runde, Steg 5: Første strategisamling .....                    | 114        |
| 6.2.2.6 Første runde, Steg 6: Implementering av første interneveileder .....  | 115        |
| 6.2.3 ANDRE RUNDE.....  | 116        |
| 6.2.3.1 Andre runde, Steg 1: Andre individuelle intervju.....                 | 116        |
| 6.2.3.2 Andre runde, Steg 2: Tredje dialogsamling .....                       | 117        |
| 6.2.3.3 Andre runde, Steg 3: Fjerde dialogsamling .....                       | 119        |
| 6.2.3.4 Andre runde, Steg 4: Andre strategisamling.....                       | 120        |
| 6.2.3.5 Andre runde, Steg 5: Implementering av andre interneveileder.....     | 120        |
| 6.2.3.6 Andre runde, Steg 6: To brukerråd .....                               | 121        |
| 6.2.4 TREDJE RUNDE.....   | 121        |
| 6.2.4.1 Tredje runde, Steg 1: Tredje individuelle intervju.....               | 121        |
| 6.2.4.2 Tredje runde, Steg 2: Femte dialogsamling .....                       | 122        |
| 6.2.4.3 Tredje runde, Steg 3: Tredje strategisamling .....                    | 122        |
| 6.2.5 AVSLUTTENDE KONFERANSE.....   | 123        |
| 6.2.6 DATAINNSAMLINGSPROESSEN SOM OVERSIKT.....                               | 123        |
| <b>6.3 EN SYSTEMATISK OG FORTOLKENDE DATAINNSAMLINGSPROSESS .....</b>         | <b>125</b> |
| <b>6.4 DATAINNSAMLINGSPROESSENS ULIKE PÅVIRKNING PÅ DATA .....</b>            | <b>127</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>6.5 EN PROSESSUELL VURDERING AV VALIDITET .....</b>                     | <b>127</b> |
| <b>6.6 PÅLITELIGHET, ANONYMITET OG OPPBEVARING AV DATAMATERIALET .....</b> | <b>132</b> |
| <b>6.7 EN KONTEKSTSITUERT GENERALISERBARHET .....</b>                      | <b>134</b> |

## **KAPITTEL 7 FØRSTE RUNDE, STUDIENS "BASELINE" .....** **137**

|   |            |
|---|------------|
| <b>7.1 ULIK RETTSLIGGJØRING AV TILTAKSPLAN OG INDIVIDUELL PLAN .....</b>  | <b>138</b> |
| <b>7.2 INNGÅELSE AV "INDIVIDUELL PLAN" .....</b>                          | <b>139</b> |
| 7.2.1 INFORMASJON OG SAMTYKKE .....                                       | 139        |
| 7.2.2 FUNNENES IMPLIKASJONER FOR DEN FØRSTE STRATEGIEN .....              | 141        |
| <b>7.3 RELASJONEN MELLOM BRUKER OG HELSE- OG SOSIALARBEIDER .....</b>     | <b>142</b> |
| 7.3.1 EN ANSVARLIG HELSE- OG SOSIALARBEIDER .....                         | 142        |
| 7.3.2 FUNNENES IMPLIKASJONER FOR FØRSTE STRATEGI .....                    | 143        |
| <b>7.4 MEDVIRKNING I UTARBEIDELSE AV "INDIVIDUELL PLAN" .....</b>         | <b>143</b> |
| 7.4.1 MEDVIRKNING I UTARBEIDELSE AV PLANEN .....                          | 143        |
| 7.4.2 KLAGE PÅ MANGEL PÅ BRUKERMEDVIRKNING .....                          | 145        |
| 7.4.3 FUNNENES IMPLIKASJONER FOR FØRSTE STRATEGI .....                    | 145        |
| <b>7.5 INNHOLD OG OPPFØLGING AV "INDIVIDUELL PLAN" .....</b>              | <b>145</b> |
| 7.5.1 INNHOLD .....   | 146        |
| 7.5.2 EVALUERING .....  | 146        |
| 7.5.3 ANSVARSGRUPPER .....  | 147        |
| 7.5.4 HVEM SIN PLAN .....   | 147        |
| 7.5.5 FUNNENES IMPLIKASJONER FOR DEN FØRSTE STRATEGIEN .....              | 147        |
| <b>7.6. MÅLSETTING OG NYTTE MED "INDIVIDUELL PLAN" .....</b>              | <b>148</b> |
| 7.6.1 INDIVIDUELT TILPASSET, HELHETLIG OG KOORDINERT TJENESTETILBUD ..... | 148        |
| 7.6.2 NYTTIG MED "INDIVIDUELL PLAN"? .....                                | 149        |
| 7.6.3 FUNNENES IMPLIKASJONER FOR FØRSTE STRATEGI .....                    | 149        |
| <b>7.7 INTERNVEILEDER .....</b>   | <b>149</b> |

## **KAPITTEL 8 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN FRA ANDRE OG TREDJE RUNDE.....** **153**

|   |            |
|---|------------|
| <b>8.1 INNGÅELSE AV INDIVIDUELL PLAN .....</b>  | <b>154</b> |
| 8.1.1 INFORMASJON FOR Å SIKRE SELVBESTEMMELSE OG FRIVILLIGHET FOR INNGÅELSE AV INDIVIDUELL PLAN ..... | 154        |
| 8.1.2 INFORMASJON FOR INNHENTING OG UTVEKSLING AV TAUSHETSBELAGTE OPPLYSNINGER .....                  | 159        |
| 8.1.3 SKRIFTLIG SAMTYKKE FOR Å SIKRE SELVBESTEMMELSE .....  | 160        |
| 8.1.4 AVRUNDENDE DRØFTING AV KATEGORIEN INNGÅELSE AV INDIVIDUELL PLAN .....                           | 161        |
| <b>8.2 RELASJONEN MELLOM BRUKER OG HELSE- OG SOSIALARBEIDER .....</b>                                 | <b>164</b> |
| 8.2.1 EN RELASJON PREGET AV ANERKJENNELSE OG ROM FOR UENIGHET .....                                   | 165        |
| 8.2.1.1 En relasjon preget av konflikt og uenighet .....  | 167        |
| 8.2.1.2 En relasjon preget av tidvis infantilisering .....  | 168        |
| 8.2.2 EN BESTEMT PERSON SOM HAR HOVEDANSVARET .....   | 169        |
| 8.2.2.1 En relasjon til å romme sensitive tema .....  | 170        |
| 8.2.2.2 En relasjon til å romme ærlighet .....  | 171        |
| 8.2.3 AVRUNDENDE DRØFTING AV KATEGORIEN RELASJONEN MELLOM BRUKER OG HELSE- OG SOSIALARBEIDER .....    | 174        |
| <b>8.3 MEDVIRKNING I UTARBEIDELSE AV INDIVIDUELL PLAN .....</b>                                       | <b>178</b> |
| 8.3.1 TILRETTELEGGING FOR BRUKERNES MEDVIRKNING .....   | 178        |

|  |   |                   |
|--|---|-------------------|
| 8.3.2  | INTERSUBJEKTIV FORSTÅELSE AV MÅL OG TILTAK.....   | 182               |
| 8.3.3  | SYMMETRISK VERDSETTING OG SOLIDARISK ANERKJENNELSE.....                                 | 188               |
| 8.3.4  | HÅP OG FORVENTNING OM EN BEDRE FREMTID.....   | 189               |
| 8.3.5  | HØY GRAD AV BRUKERMEDVIRKNING OG EIERFORHOLD.....                                       | 192               |
| 8.3.6  | AVRUNDENDE DRØFTING AV KATEGORIEN "MEDVIRKNING I UTARBEIDELSE AV INDIVIDUELL PLAN"..... | 194               |
| <b>8.4</b>   | <b>OPPFØLGING AV DEN INDIVIDUELLE PLANEN.....</b>                                       | <b>197</b>        |
| 8.4.1  | BRUKERNES FORTROLIGHETSKUNNSKAP OG REGELORIENTERTE SAMARBEIDENDE INSTANSER.....         | 197               |
| 8.4.2  | ANSVARSGRUPPER MED MANGLENDE MØTEDELTAELSE.....   | 201               |
| 8.4.3  | HELSE- OG SOSIALARBEIDERNE FORPLIKTELSE OG MANGLENDE OPPFØLGING AV TILTAK.....          | 203               |
| 8.4.4  | VENTETIDENS USIKRE TIDSRAMME.....   | 204               |
| 8.4.5  | ET DOKUMENT TIL BESVÆR I ANSVARSGRUPPEMØTENE.....                                       | 207               |
| 8.4.6  | EN TILFELDIG OPPDATERING.....   | 209               |
| 8.4.7  | AVRUNDENDE DRØFTING AV KATEGORIEN OPPFØLGING AV INDIVIDUELL PLAN.....                   | 211               |
| 8.4.7.1  | Helse- og sosialarbeidernes plikt til samarbeid og forsvarlig helsehjelp.....           | 213               |
| 8.4.7.2  | Usynliggjørende praksis bidrar til krenkelse.....                                       | 216               |
| 8.4.7.3  | En rettslig og solidarisk krenkelse av brukerne.....                                    | 218               |
| <b>8.5</b>   | <b>MÅLSETTING OG NYTTE MED INDIVIDUELL PLAN.....</b>                                    | <b>219</b>        |
| 8.5.1  | KOORDINERTE, HELHETLIGE OG INDIVIDUETTILPASSETE TJENESTER KREVER FELLES MÅL.....        | 220               |
| 8.5.2  | BRUDD I HANDLINGSFASEN- IKKE EN INDIVIDUELL PLAN, MEN EN LIVSPLAN.....                  | 222               |
| 8.5.3  | BRUDD PÅ BRUKERMEDVIRKNING SOM EN GYLDIG NORM.....                                      | 224               |
| 8.5.4  | HVORDAN KAN VI FORSTÅ DEN MANGELFULLE PRAKSISEN OM INDIVIDUELL PLAN?.....               | 225               |
| 8.5.5  | STUDIENS PÅVIRKNING PÅ FUNNENE.....   | 229               |
| <b><u>KAPITTEL 9 BRUKERMEDVIRKNING OG BRUKERNES SELVFORHOLD.....</u></b> |   | <b><u>231</u></b> |
| 9.1  | RINGEAKTENS BUMERANG I ARBEIDSPROSESSEN.....  | 231               |
| 9.2  | SAMFUNNETS KULTURELLE RINGEAKT.....   | 233               |
| 9.3  | RELASJONER SOM HEMMER OG FREMMER BRUKERMEDVIRKNING.....                                 | 237               |
| <b><u>KAPITTEL 10 AVSLUTNING.....</u></b>                                |   | <b><u>247</u></b> |
| 10.1   | AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....  | 247               |
| 10.2   | BRUKERNES 10 RÅD FOR ARBEIDET MED INDIVIDUELL PLAN.....                                 | 249               |
| 10.2.1   | RÅD 1: HA TRO PÅ OSS OG INFORMER OSS OM INDIVIDUELL PLAN FRA DAG EN.....                | 250               |
| 10.2.2   | RÅD 2: TA HENSYN TIL DÅRLIG HUKOMMELSE OG KONSENTRASJONSPROBLEMER.....                  | 250               |
| 10.2.3   | RÅD 3: ÉN PERSON, SOM EN KAN SNAKKE MED INTIME TING OM.....                             | 251               |
| 10.2.4   | RÅD 4: VI MÅ KUNNE VÆRE ÆRLIGE OM AT VI RUSER OSS.....                                  | 251               |
| 10.2.5   | RÅD 5: BRUK ET FORSTÅELIG SPRÅK.....  | 252               |
| 10.2.6   | RÅD 6: BRUK PLANEN PÅ MØTENE SOM DAGSORDEN.....   | 252               |
| 10.2.7   | RÅD 7: PLANEN MÅ JUSTERES HELE TIDEN.....   | 252               |
| 10.2.8   | RÅD 8: PRIORITER Å DELTA PÅ ANSVARSGRUPPEMØTENE.....                                    | 253               |
| 10.2.9   | RÅD 9: TA ANSVAR FOR Å GJENNOMFØRE PLANLAGTE TILTAK, MEN OGSÅ FØLGE DEM OPP VIDERE....  | 253               |
| 10.2.10  | RÅD 10: FELLES FORSTÅELSE AV INDIVIDUELL PLAN.....                                      | 254               |
| <b><u>REFERANSELISTE.....</u></b>  |   | <b><u>255</u></b> |



|   |            |
|---|------------|
| LITTERATURLISTE .....   | 255        |
| AVISUTKLIPP.....  | 273        |
| POLITISKE OG JURIDISKE DOKUMENTER .....   | 273        |
| OVERSIKT OVER FIGURER .....   | 279        |
| <b><u>VEDLEGG.....</u></b>  | <b>281</b> |
| <b>VEDLEGG NR. 1: REK.....</b>  | <b>281</b> |
| <b>VEDLEGG NR. 3: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING FOR BRUKERE OG HELSE- OG<br/>SOSIALARBEIDERE .....</b>       | <b>283</b> |
| <b>VEDLEGG NR. 4: INTERVJUGUIDE; INDIVIDUELLE INTERVJU AV BRUKERE MED RUSMIDDELPROBLEMER 1. RUNDE<br/>.....</b>       | <b>286</b> |
| <b>VEDLEGG NR. 5: INTERVJUGUIDE; INDIVIDUELLE INTERVJU AV BRUKERE MED RUSMIDDELPROBLEMER 2. OG 3.<br/>RUNDE .....</b> | <b>289</b> |
| <b>VEDLEGG NR. 6: INTERVJUGUIDE; INDIVIDUELLE INTERVJU AV HELSE- OG SOSIALARBEIDERE.....</b>                          | <b>292</b> |
| <b>VEDLEGG NR. 7: MAIL FRA SENIORRÅDEGIVER FLÆTE OG EGELAND 7. MAI 2010 .....</b>                                     | <b>294</b> |
| <b>VEDLEGG NR. 8: INTERNVEILEDER; .....</b>   | <b>295</b> |
| <b>VEILEDER FOR BRUK AV INDIVIDUELL PLAN 2007 .....</b>   | <b>295</b> |
| <b>VEDLEGG NR. 9: LETTLEST BROSJYRE.....</b>  | <b>303</b> |



## Sammendrag

Denne avhandlingen handler om *individuell plan* i forhold til *brukere med rusmiddelproblemer*, og med et særlig fokus på *brukermedvirkning*. Hensikten med studien har vært å få kunnskap om individuell plan er et nyttig redskap for brukere med omfattende rusmiddelproblemer. Dette er problematisert gjennom et fokus på om individuell plan fører til at brukerne mottar koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester og hva som fremmer og hemmer brukermedvirkning i dette arbeidet.

Studien er basert på en kvalitativ handlingsorientert forskningssamhandling mellom et kommunalt helse- og sosialkontor i tiden før NAV ble etablert og et universitet i Norge. Forskningsdesignet inkluderte helse- og sosialarbeidere og tidvis brukere i innsamlingen og tolkningen av data i en prosess som gikk over to år. Utvalget besto av brukere med omfattende og langvarige rusmiddelproblemer og helse- og sosialarbeidere som arbeidet med disse brukerne. Funnene er tolket i lys av Axel Honneths teori om anerkjennelse, ulike teorier om brukermedvirkning og rettslige bestemmelser for individuell plan.

Resultatene i denne studien viser at individuell plan ikke førte til koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester. Helse- og sosialarbeiderne hadde ulik forståelse av hvilken betydning den individuelle planen skulle tillegges i oppfølgingen av den enkelte brukeren. Enkelte av helse- og sosialarbeidernes regelorienterte tilnærming, manglende deltakelse på ansvarsgruppene, sviktende oppfølging av tiltak i planen og manglende interesse for brukernes medvirkning førte til at brukerne opplevde mangelen i oppfølgingen som krenkende. Krenkelsene bekreftet brukernes tidligere dårlige erfaringer med hjelpeapparatet og påvirket deres selvforhold i negativ retning, men også deres håp om en bedre fremtid. Til tross for dette kunne brukerne oppleve planen på et vis som nyttig, men da som en "livsplan" som ga oversikt over mål og tiltak.

Studien viser at brukermedvirkning er mulig, både med brukere som arbeider med å få kontroll over sitt rusmiddelbruk og brukere som har et mer ambivalent forhold til dette. Brukermedvirkning *fremmes* av helse- og sosialarbeidere som anlegger en relasjonelt orientert tilnærming som preges av en ontologisk holdning som ivaretar brukernes subjektive forståelse av virkeligheten og sin personlighet. Brukernes kunnskap anses som valid og reliabel, den danner komplementær kunnskap til helse- og sosialarbeidernes i vurderingen og beslutningen om hvilke mål og tiltak som skal nedfelles i den individuelle planen. Gjensidig anerkjennelse mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne er en forutsetning for å lykkes med brukermedvirkning.

Det som *hemmer* brukermedvirkning er når helse- og sosialarbeiderne benytter en ekspertorientert tilnærming, hvor brukernes virkelighet blir forstått ut fra deres gruppetilhørighet. Helse- og sosialarbeiderne tar for gitt at deres kunnskap er innholdsrik nok til å forstå brukernes virkelighetsforståelse av sin situasjon og sine behov. Praksisen er rutine – og regelorientert, instrumentell og avstandstakende. Brukerne blir objekter for helse- og sosialarbeidernes handlinger og ved dette utsatt for en usynliggjøring, noe som har mange felles trekk med reifisering. Mangelen på gjensidig anerkjennelse hemmer muligheten for brukermedvirkning.

For å lykkes med individuell plan med brukere med omfattende og langvarige rusmiddelproblemer mener de selv at det er viktig å ha tro på deres mulighet til å forbedre sine liv, informere dem fra dag en om individuell plan og ta hensyn til deres dårlige hukommelse og konsentrasjonsproblemer. Tilrettelegge for lange relasjoner til én bestemt helse- og sosialarbeider for å kunne ta opp sensitive temaer, ikke sanksjonere deres ærlige beskrivelser av sin situasjon, som bruk av rusmidler, slik at den individuelle planen kan baseres på deres virkelige liv. Videre er det sentralt å bruke ord som de forstår, bruke planen som dagsorden på møter og justere den slik at den er i samsvar med brukernes reelle liv. Til slutt er det vesentlig at alle involverte helse- og sosialarbeidere prioriterer å delta i ansvarsgruppene, følger opp de planlagte tiltakene og utøver en praksis basert på en felles forståelse av den individuelle planen i oppfølgingen av brukeren.

## Abstract

This thesis is about *individual plan* in relation to *service users with alcohol and other drug use disorder (AOD)*, and with a specific focus on *user involvement*. The aim of the study was to gain knowledge about the conditions that contribute to the success or failure of reaching the goal of coordinated, holistic and individually customized health- and social services to service users with drug/alcohol problems. This was problematized through focusing on a user involvement perspective, what *promotes* or *inhibits* user involvement.

The study is based on a qualitative approach, a co-operative inquiry between a municipal health- and social service office, shortly before the establishment of NAV (The Norwegian Labour and Welfare Administration) and a university in Norway. The research design included health- and social service workers and partly users as participants in the collection and interpretation of data in a process that lasted for two years. The informants were service users with compound and long lasting problematic use of alcohol and drugs and health- and social workers who deals with these people. Data is interpreted in light of Axel Honneths theory about recognition, user involvement theory and statutory provisions.

The results show that individual plan do *not* lead to coordinated, holistic and individually customized health- and social services. The health- and social workers have different understanding of individual plan and the interpretation of the plan in the following up of users. Some of the health- and social workers regular approach, lack of participation in joint meetings, failing to following up actions that were planned and lack of interest in user involvement lead to users experiencing humiliation. These humiliations confirmed the user's previous bad experiences with the health- and social services and influenced their self-esteem in a negative way, and also their hope for a better future. In spite of this, the users experienced the plan as a useful "life plan" in a way, it gave an overview of their goals and actions.

The study shows that user involvement is possible, both with users that work to control their substance problems and users that are more ambivalent to this. User involvement *promotes* practices where health- and social workers' approaches are relation orientated, characterized by an ontological attitude that ensure the users' subjective understanding of reality. Furthermore, when users' knowledge is considered valid and reliable, and form complementary knowledge to the health- and social workers in the assessment and decision of designing the individual plan. User involvement demands intersubjective recognition.

User involvement is *inhibited* by health- and social workers' expert orientated approaches, where the users' reality is understood by their group-belonging. The health-

and social workers take for granted that their own knowledge is comprehensive enough to perceive the users' understanding of his situation and needs. The practice is routine- and regular orientated, instrumental and distanced. The users are objects to the health- and social works actions and by this exposed to invisibility, which has many similarities to reification. User involvement is inhibited by the lack of intersubjective recognition.

To succeed with individual plan in relation to users with alcohol and drug use disorder the users themselves mean it is important to have faith in their ability to change their life situation, inform them from day one about the individual plan and consider their bad memory- and concentration problems. It is essential to prepare for long relations with one particular health- and social worker whom they may open up for sensitive themes, not sanctioning their descriptions of their situation, like actual substance use, so the plan can be based on their real life situation. Further it is important to use words they understand, use the plan as agenda at meetings and adjust it to the user's actual life. At last it is crucial that all the involved health- and social workers prioritize to attend joint meetings, follow up planned actions and perform practice based at a common understanding of the individual plan in the following up of the user.

# Kapittel 1 Introduksjon

## 1.1 Tema

I Norge har vi en godt utviklet velferdsstat, sammenlignet med mange andre land i verden. Velferdsstaten kan tilby et variert utvalg av helse- og sosialtjenester, som for tiden omtales av myndighetene som helse - omsorgstjenester<sup>1</sup>. Til tross for det varierte tjenestetilbudet, har særlig brukere med sammensatte og langvarige tjenestebehov erfart helse- og omsorgstjenestene som utilstrekkelige ved at tjenestene verken har vært koordinerte eller tilpasset den enkelte. Dette har kommet frem i media, men også i offentlige dokumenter (St.meld. nr. 25, 1996- 1997; St.meld. nr. 21, 1998-1999; St.meld. nr 6, (2002-2003); St. meld. nr. 14 (2002-2003); Ot.prp. nr 54 (2002-2003); Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005; NOU 2004:18; NOU 2005:3). I denne sammenhengen konkluderte Wisløf (NOU 2005:3) og Bernt-utvalget (NOU 2004:18) med at det var behov for samhandling og koordinering mellom tjenestene i kommunal sektor og spesialisttjenesten. Samtidig ble søkelyset rettet mot nødvendigheten av brukernes perspektiv for treffsikre tjenester og deres rett til medvirkning ble ytterligere forsterket. For å bedre tjenestetilbudet ble derfor flere av velferdsstatens tjenester utformet i tråd med en ”management ideologi”, som kjennetegnes av et økt fokus på *brukernes krav og rettigheter* (Vabø, 2002).

*Individuell plan* kan anses som et eksempel på denne type tenkning hvor brukerne er gitt en *lovfestet rett til å få utarbeidet* en individuell plan. Videre har brukerne en *lovfestet rett til brukermedvirkning*, og helse- og sosialarbeiderne er tillagt *en plikt til å tilrettelegge* for dette. Målsettingen med rettsliggjøringen er å sikre brukernes medvirkning i den hensikt at dette skal bidra til *koordinerte, helhetlige og tilpassete helse- og omsorgstjenester* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). Dette går også frem av St. meld. nr. 47 (2008-2009) ”Samhandlingsreformen”, hvor individuell plan vurderes som en av flere ordninger som er etablert for å møte behovet for koordinering.

---

<sup>1</sup> Både helse- og sosialtjenester, og helse- og omsorgstjenester benyttes i denne avhandlingen

Denne avhandlingen handler om individuell plan overfor brukere med rusmiddelproblemer som har behov for flere helse- og omsorgstjenester. I dette rettes et særlig fokus mot hvordan brukermedvirkning ivaretas. Tema for avhandlingen består slik sett av tre komponenter; *brukermedvirkning*, *individuell plan* og *brukere med rusmiddelproblemer*.

## **1.2 Et tema utviklet sammen med praksis**

Avhandlingen er basert på en kvalitativ studie som foregikk i Norge på et kommunalt helse- og sosialkontor, rett før omorganisering til den nye Arbeid og Velferdsetaten (NAV). Tema for studien startet med en felles interesse mellom ledere i en norsk kommune i avdeling for oppvekst og levekår og meg som ansatt, ved institutt for helsefag på et universitet. Denne felles interessen var basert på en idé om å utvikle en studie som ga kunnskap om temaene; *brukermedvirkning*, *individuell plan* og *brukere med rusmiddelproblemer*. Brukermedvirkning, fordi dette i løpet av de siste årene hadde blitt sterkere rettslig regulert og gitt brukerne økte rettigheter. Individuell plan, da dette var et forholdsvis nytt verktøy hvor brukermedvirkning var sentralt, men virket som om det var lite implementert. Den felles interessen for brukere med rusmiddelproblemer var knyttet til at dette var brukere som ofte ikke mottok de helsetjenestene de hadde behov for (Helsetilsynet, 2005). Vi ønsket å få kunnskap om individuell plan kunne være et nyttig redskap i denne sammenhengen. Samtidig var dette brukere som helse- og sosialarbeiderne i kommunen kunne oppleve som krevende og utfordrende, og særlig med hensyn til å tilrettelegge for brukermedvirkning. Bakgrunnen for dette kan være knyttet til de negative sosiale og psykologiske konsekvenser som rusmiddelbruk kan ha for den enkelte, men også at disse brukerne er utsatt for en overhyppighet av psykisk lidelse (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd og Goodwin, 1990). Det var derfor av interesse å undersøke myndighetenes uttrykte idé om individuell plan som et virkemiddel for å styrke brukernes medvirkning, men også for å bedre samarbeidet mellom forvaltningsnivåer og ulike instanser for å skape et sammenhengende tjenestetilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 a). I denne sammenhengen ble flere spørsmål sentrale, blant andre: Hvordan forholder brukere med rusmiddelproblemer og



helse- og sosialarbeidere seg i praksis til rettsliggjøringen av brukermedvirkning i arbeidet med individuell plan? Hvordan opplever brukere og helse- og sosialarbeidere brukermedvirkning i utarbeidelse og oppfølging av individuell plan? Hvis helse- og sosialarbeidere iverksetter sin forpliktelse til å tilrettelegge for brukermedvirkning, bidrar dette til at brukere faktisk medvirker og i tilfelle hvordan medvirker de? Hvis brukere medvirker, fører deres medvirkning da til at de får de tjenestene de har behov for? Og til slutt, bidrar individuell plan til koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete helse- og omsorgstjenester?

Kort sagt handler denne avhandlingen om bruk av *individuell plan* i forhold til *brukere med omfattende rusmiddelproblemer* og med et overordnet fokus på *brukermedvirkning*. Dette sees i sammenheng med myndighetenes *målsetting* om at individuell plan skal bidra til *koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester*.

### 1.3 Disposisjon av avhandlingen

Denne avhandlingen kan sies å være todelt, i en metode- og en tolkningsdel. Jeg har valgt å vie metodedelen forholdsvis stor plass, og redegjør for datainnsamling *kronologisk*, i stedet for tematisk som er mer vanlig. Dette er valgt for å fremheve det *prosessuelle i datainnsamlingen*, og *hvordan denne prosessen var systematisk og tilrettela for utvikling av data*. Den kronologiske prosessen følges også i store deler av redegjørelsen og tolkningen av funnene. Dette har jeg valgt å gjøre for å vise til hvordan *datainnsamlingsprosessen og det praktiske arbeidet i utarbeidelse og oppfølgingen av individuell plan* gjensidig påvirket datas status og utvikling. På den måten tydeliggjøres også hvilke data som kan være påvirket av datainnsamlingsprosessen kompetansehevingstiltak, og hvilke data som kan anses som upåvirket av dette. Samtidig trekkes leseren inn i arbeidsprosessen med individuell plan, noe jeg mener øker leserens forståelse av hvordan prosessen ulike faser opplevdes for brukerne og helse- og sosialarbeiderne.

**I kapittel 2** omtales studiens tre komponenter. Først i forhold til ulike rusmiddelpolitiske føringer som har bidratt til et fokus på *individuell plan* for brukere med rusmiddelproblemer og den rettslige reguleringen av brukernes rettigheter knyttet til individuell plan. Videre settes individuell plan i sammenheng med andre former for planer som brukes i velferdsøyemed over for den enkelte borger i Norge, men også i forhold til lignende individuelle planer i andre land i Skandinavia. Så omtales studiens andre komponent som begynner med å se *brukermedvirkning* i et historisk perspektiv og i henhold til politiske føringer. Deretter har jeg valgt å redegjøre for begrepet brukermedvirkning og at ulike argumenter kan knyttes til ulike motiv. I det videre har jeg vektlagt at brukermedvirkning kan foregå i ulike grader for medvirkning, og at graden av medvirkning er avhengig av personlige forhold, faser, situasjoner og kontekst, men også at brukermedvirkning er knyttet til etiske føringer. Etter dette beskrives studiens tredje komponent, først i forhold til hva vi vet om *brukere med rusmiddelproblemer* og ulike former for avhengighet, og her utdypes hvorfor brukere med rusmiddelproblemer er valgt i denne studien. Til slutt i dette kapittelet redegjøres det ganske omfattende for hvorfor begrepet ”brukere med rusmiddelproblemer” er valgt fremfor andre begreper.

**I kapittel 3** viser jeg til hvordan studien er basert på en systematisk kunnskapsoppsummering og hvilke forskningsbehov jeg har funnet. Kapittelet avsluttes med formålet for denne studien, dens problemstilling og fokus på om individuell plan leder til koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester og i dette et særlig fokus på hva som fremmer og hemmer brukernes medvirkning i denne prosessen.

**I kapittel 4** omtales problemstillingens ontologiske og epistemologiske grunnlag. Det argumenteres videre for hvorfor Axel Honneths teori om anerkjennelse er valgt som en overordnet praktisk fortolkningsramme.

**I kapittel 5** redegjøres det for på hvilken måte denne type kvalitative studier nødvendigvis er verdiladet og at designet som er valgt for å få svar på problemstillingen har flere fellestrekk med det som Hummelvoll (2003) omtaler som et handlingsorientert forskingssamarbeid. Dette handler om at studien ble gjennomført med en *hensikt og en idé om å forbedre praksis*, noe som krevde utprøving av etablert kunnskap, men også utprøving av ny kunnskap i praksis både innenfor og utenfor den valgte institusjonen. Deretter vises det til forskningsdesignets tre aspekter; deltakende og holistisk viten,

kritisk subjektivitet og kunnskap i handling. I det videre beskrives utvalget, hvordan informantene ble rekruttert og hvordan de på sett og vis kan omtales som medforskere, da de også medvirket i innsamling og tolkning av data og utviklingen av studiens videre retning, om enn i ulik grad. På den måten kan enkelte data være påvirket av informantenes deltakelse, men andre data ikke. Til slutt i dette kapitlet omtaler jeg hvordan jeg utviklet og benyttet meg av et mangfold av roller i datainnsamlingsprosessen for å få et rikere datamateriale.

**I kapittel 6** redegjøres det for datainnsamlingsprosessen i kronologisk rekkefølge for å vise hvordan den bestod av tre runder som bidro til en systematisk og fortolkende prosess. Her vises det blant annet til hvordan helse- og sosialarbeidernes og brukernes tidvise deltakelse i studien ga dem økt kunnskap om individuell plan og brukervedvirkning. Dette kan ha påvirket funnene i positiv retning, i forhold til funnene knyttet til andre helse- og sosialarbeidere som ikke deltok i studien, men kun ble involvert i arbeidet med den enkelte brukers individuelle plan. Dette diskuteres underveis. Deretter argumenteres det for datainnsamlingsprosessens validitet, pålitelighet og kontekstsituerte generaliserbarhet.

**I kapittel 7** presenteres studiens ”baseline” som er funnene fra første runde i datainnsamlingen. Denne *beskrives kun*, den *diskuteres ikke*, da dette er studiens utgangspunkt. Jeg har valgt å ta studiens baseline med av to grunner. For det første viser dette utgangspunktet for studiens *reelle praksis* sett fra både brukernes og helse- og sosialarbeidernes side før den handlingsorienterte forskningssamhandlingen begynte. For det andre er dette en måte å presentere nasjonale føringer for individuell plan, hvor brukernes rettigheter er i sentrum. På den måten blir det lettere for leseren å forstå datas utgangspunkt, kontekst og videre forløp. Til slutt presenteres internveilederen som ble resultatet av studiens ”baseline” og som inneholdt studiens strategi for den *ideelle praksis*. Her visualiseres også arbeidsprosessen med individuell plan i en modell.

**I kapittel 8** presenteres og drøftes funnene fra andre og tredje runde i datainnsamlingsprosessen i samme rekkefølge som for første runde i kapittel 7. Funnene drøftes opp mot Axel Honneths teori om anerkjennelse og andre teorier om brukervedvirkning. I dette kapitlet diskuteres til slutt hvordan funnene kan være ulikt påvirket av hvorvidt helse- og sosialarbeiderne var en del av studiens datainnsamlingsprosess eller ikke.

**I kapittel 9** tolkes sentrale funn samlet i forhold til hvordan vi kan forstå brukerne reaksjoner og helse- og sosialarbeidernes handlinger i arbeidet med individuell plan i lys av Honneths teori om anerkjennelse og nasjonale føringar. Dette ses også i sammenheng med hva som preger relasjoner som fremmer eller hemmer brukernes medvirkning

**I kapittel 10** avsluttes avhandlingen med å gi stemme til brukerne, ved å redegjøre for de rådene de hadde for å lykkes med individuell plan.

## Kapittel 2 Studiens tre komponenter

I dette kapitlet redegjøres det for temaets tre komponenter, først *individuell plan*, deretter *brukermedvirkning* og til slutt *brukere med omfattende rusmiddelproblemer*. Hensikten er å knytte tema til en politisk, juridisk og faglig sammenheng, som setter problemstillingen inn i den konteksten den ble utforsket innenfor.

### 2.1 Individuell plan

Individuell plan redegjøres først for i en rusmiddelpolitisk sammenheng og den rettslige utviklingen som individuell plan har vært gjenstand for og da med et særlig blikk mot brukere med rusmiddelproblemer og brukermedvirkning. Deretter settes individuell plan i sammenheng med andre planer som også blir brukt i velferdsøyemed overfor den enkelte borger i Norge. Til slutt beskrives individuell plan i andre land i Skandinavia.

#### 2.1.1 Individuell plan i en rusmiddelpolitisk sammenheng

Rusmiddelfeltet har i de siste årene vært igjennom flere reformer. Den første var *Rusreform I* (Ot.prp nr. 3 (2002-2003)) som representerte en opprydding på rusmiddelfeltet etter sykehusreformen i 2002. Dette innebar at staten ved de regionale helseforetakene ble sektoransvarlig for spesialiserte tjenester til brukere med rusmiddelproblemer som tidligere hørte systemisk til fylkeskommunens spesialisthelsetjeneste. På den måten fikk ”De regionale helseforetak ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester overfor rusmiddelmissbrukerne, på lik linje med det ansvar de har overfor befolkningen for øvrig.” (Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) s. 11). Omorganiseringen av rusmiddelfeltet ved *Rusreform I* ble fulgt opp av *Rusreform II*. Regjeringens overordnede målsetting med denne reformen var at ”(...) alle skulle sikres sosial- og helsetjenester av høy kvalitet som dekker de individuelle behov på en forsvarlig måte. Enkelt mennesket står i sentrum for regjeringens rusmiddelpolitikk. Den offentlige hjelpeinnsatsen for mennesker med rusmiddelproblemer skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov” (Ot.prp. nr. 54 (2002-2003, s. 9). Reformen ga kommunene et helhetlig ansvar, noe som regjeringen

mente blant annet var den beste måten å legge til rette for økt brukermedvirkning og bedre ivaretagelse av brukerperspektivet, og for å bedre sammenhengen i tiltakskjeden for den enkelte bruker (Ot.prp. nr. 54 (2002-2003, s.13). I denne kommunale sammenhengen ble *individuell plan* ansett som et konkret virkemiddel. Ved rusreform II fikk sosialtjenestebrukere pasientrettigheter og regjeringen la frem forslaget om en lovfestet rett til individuell plan i sosialtjenesteloven. Stortingets sosialkomité sluttet seg til dette, og individuell plan ble inkludert i sosialtjenesteloven. Dette ble gjort med spesiell tanke på mennesker med rusmiddelproblemer (Kjellevold, 2009).

I NOU 2004:18 er individuell plan viet et eget kapittel som hovedsakelig beskriver målsettingen og innholdet, og at individuell plan kan være aktuelt for brukere med rusmiddelproblemer. Det er også et kapittel i *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av helse- og sosialtjenesten til rusmiddelmissbrukere* (Sosial- og helsedirektoratet, 2004), hvor individuell plan presiseres som et sentralt verktøy for å sikre helhet i behandlingstilbudet til brukere med rusmiddelproblemer, noe som var et av formålene med rusreformen. Også i denne sammenhengen henvises det til tilbakemeldinger fra kommunene og tilsynserfaringer som viste til at individuell plan ble ufullstendig ivaretatt. Individuell plan ble derfor foreslått som en av flere felles *kvalitetsindikatorer* både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Det ble iverksatt registrering av antall individuelle planer, for å få kunnskap om i hvilken grad retten til individuell plan ble ivaretatt. Til dette kan en stille spørsmål om det å få en oversikt over antall planer, vil kunne si noe om kvalitet, da dette ikke gir kunnskap om hvorvidt individuelle planer faktisk fører til helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassete tjenester for den enkelte bruker.

To år etter i veileder for *Kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan* (Sosial- og helsedirektoratet, 2006a), som er et hjelpemiddel for kommunene i arbeidet med å utvikle helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner, anbefaler Sosial- og helsedirektoratet individuell plan som et av tiltakene som kommunen bør beskrive i sine handlingsplaner. Dette følges opp i en redaksjonell artikkel av Helse- og omsorgsdepartementet (2007) hvor kommunenes omfattende ansvar for tjenester til

personer med rusmiddelproblemer og individuell plan nevnes som et av tiltakene som skal følges opp.

Stortinget la opp til at rusreformen skulle evalueres innen utgangen av 2006 (Inst. O. nr. 4 (2003-2004)). Hensikten med evalueringen var å få kunnskap om reformens fungering etter 3 års virketid. I henhold til individuell plan viste evalueringsrapporten (Lie og Nesvåg, 2006) at i *sosialtjenesten* hadde 3 prosent av brukere med rusmiddelproblemer i Rogaland individuell plan. Dette ble vurdert som lav forekomst i den kommunale sosialtjenesten, sammenlignet med hvor mange som hadde sammensatt problematikk og som mottok tjenester fra flere hjelpeinstanser. Andre undersøkelser viste at det var mangelfull registrering av individuelle planer for brukere med rusmiddelproblemer (Gråwe, Hagen, Husum, Pedersen og Ruud 2005; Gravrok, Andreassen og Myller, 2008). Røhme, Hatling og Lidal (2006) har henvist til diverse undersøkelser og fastslått at myndighetene pr. 2006 ikke har oppnådd målsettingen om at alle som har rett til og ønsker en individuell plan skulle bli tilbudt det. Samtidig ble det påpekt at det var umulig å vite hvor stort det udekkede behovet var. Dette ble det også redegjort for i NOU 2005:3, men her refereres det også til Berntutvalget som laget en beregning basert på befolkningen totalt: "(...) beregnet at 2-3 prosent av befolkningen har behov for individuell plan", (NOU 2005:3, s. 71). En undersøkelse foretatt i 2005 og 2006 viste at kun 0,5 prosent av befolkningen hadde individuell plan (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesø og Brender, 2010).

Helsetilsynets (2006) landsomfattende tilsyn med helse- og sosialtjenesten viste at nesten 1/3 av kommunene *ikke* oppfylte lovkravene med hensyn til individuell plan. Nordnorsk kompetansesenter – Rus (NNK-Rus) har vist til at ved koordineringsenheten var det kun påbegynt individuell plan i om lag en av ti henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved rusklinikken (Gravrok, Andreassen og Myller, 2008). En spørreundersøkelse i 2007 viste at det var grunn til å konkludere med at antallet individuelle planer økte (TNS Gallup, 2007), samtidig som en mente at det var forholdsvis få brukere som hadde individuell plan (Grut, 2007; Ådnanes, Kaspersen, Hjort og Ose, 2008). Undersøkelser viser til at det tar tid å implementere individuell

plan (Thommesen, Normann og Sandvin, 2003; Tresfjord og Hatling, 2004; Grut, 2008).

Oppsummeringen av helsetilsynets landsomfattende (2007) tilsyn fra året etter, viste fremdeles at arbeidet med individuell plan ikke ble ivaretatt tilstrekkelig. De ansatte hadde for eksempel liten kunnskap om individuell plan, noe som Helsetilsynet mente ga negative følger for brukernes mulighet til å medvirke og etablere sammenhengende tiltakskjeder (Helsetilsynet, 2007, s. 14). I tilsynsmeldingen fra Helsetilsynet (2010) bemerkes det videre at i Rogaland er individuell plan ikke utarbeidet i stor nok grad til brukere med rusmiddelproblemer og at det heller ikke informeres om retten til individuell plan.

I oktober 2007 la regjeringen frem *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2008-2010*, som for øvrig er utvidet til å gjelde til 2012. I denne planen, som skulle gi et kvalitativt innhold til den nye organiseringen står det at regjeringens rusmiddelpolitikk har som: "(...) overordnet mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet" (Helse- og omsorgsdepartementet 2008, s. 8). Dette overordnede målet deles opp i fem hovedmål: 1) Tydelig folkehelseperspektiv, 2) Bedre kvalitet og økt kompetanse, 3) Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering, 4) Forpliktende samhandling, og 5) Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende. Individuell plan er plassert under punkt fire, forpliktende samhandling. Regjeringen gjentar her den manglende samhandlingen innad, både i og mellom kommunale, sosiale, helse- og omsorgstjenester, spesialisttjenester og andre sektorer, og at dette kanskje er den største utfordringen innen feltet. Regjeringen refererer også her til individuell plan som et styringsverktøy for å endre dette, noe som er beskrevet i delmål 4.3 i *Opptrappingsplanen*. Den har tittelen: "Styrke bruken av individuell plan" og er delt inn i fire tiltak:

- "Øke bruken av individuell plan (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide en forenklet utgave av gjeldende veileder om individuell plan og tilpasse den til personer med rusmiddelproblemer (Sosial- og helsedirektoratet)



- Gjennomføre oppsummeringer og spredning av erfaringer om individuell plan i samarbeid med fylkesmenn, regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål og brukerorganisasjoner (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gjøre individuell plan til et gjennomgående tema i avtaleordningen mellom staten og KS” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

I ettertid er det gitt ut en Statusrapport til Opptappingsplanen både for 2008, som ble revidert i 2009 (Helsedirektoratet, 2008a; Helsedirektoratet, 2009a) som viste at det er arbeidet med alle fire punkter, i form av tilskuddsordninger for å øke bruken av individuell plan, et tipshefte (Helsedirektoratet, 2008b) og brosjyrer. Videre er det etablert et nettsted: Kommunetorget.no (<http://www.kommunetorget.no>) for å dele erfaringer med individuell plan. Samtidig vises det også her til at det er *for få* personer som har individuell plan og at fylkesmennene derfor får som et embetsoppdrag å øke antallet.

I perioden februar til april 2011 gjennomførte Helsedirektoratet en landsdekkende *kartlegging* av det som de kaller *virksomme planer*: Dette defineres som: ”Med virksomme planer menes individuelle planer der bruker har fått oppnevnt en koordinator og at planarbeidet derigjennom er igangsatt; at den skal være et aktivt verktøy for å koordinere tjenesteytingen til bruker; og at planen oppdateres regelmessig” (Helsedirektoratet, 2011a, s.12). Med dette ønsket myndighetene å få en kvantitativ oversikt, som i NOU 2004: 18, men stilte i tillegg noen kvalitative kriterier for å sikre at det var aktive planer. I denne kartleggingen kom det ikke frem hvor mange av de individuelle planene som tilhørte brukere med rusmiddelproblemer, men av 349 kommuner/bydeler som rapporterte inn antall individuelle planer, var det samlet sett 22 002 brukere som hadde individuell plan. Sammenlignet med Berntutvalgets tidligere omtalte behovsberegning på 3 prosent for befolkningen (NOU 2005:3, s. 71), er antallet lavt.

### **2.1.2 Rettsliggjøringen av individuell plan**

Den rettslige retten til individuell plan trådte i kraft 1.7.2001. Bakgrunnen for regulering av retten til individuell plan må ses i sammenheng med tilbakemeldingene som viste til

at personer med omfattende behov for ulike *helse- og sosiale* tjenester, ikke fikk tilfredsstillende hjelpetilbud (Kjellebold, 2005; Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). Retten til å få utarbeidet en individuell plan ble derfor gitt til alle brukere med behov for *langvarige og koordinerte* helse- og sosiale tjenester. Retten gjelder kun det å *få utarbeidet* en individuell plan, og selv om brukerne oppfyller kravene, gjelder *ikke* rettskravet *selve tjenestene* i planen (Helsedirektoratet, 2009a). I praksis vil dette si at myndighetene har gitt brukerne en rettslig rett til å få utarbeidet en individuell plan, men brukerne er ikke gjennom individuell plan sikret tjenestene som er nedtegnet i planen. Brukernes behov for å få de tjenestene de har behov for, er prøvd sikret gjennom at hver bruker skal ha en person i hjelpeapparatet, en *koordinator* som har et overordnet ansvar for oppfølging av planen.

Brukernes rett til å få utarbeidet en individuell plan ble først gitt til brukere av helsetjenesten og ble hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-5, og henholdsvis i kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og i psykisk helsevernloven § 4-1. Først 1.1.2004, altså *tre år senere* fikk brukere av sosialtjenesten pasientrettigheter, og rett til å få utarbeidet en individuell plan i henhold til *sosialtjenesteloven* § 4-3a. Som omtalt tidligere, ble individuell plan inkludert i sosialtjenesteloven med tanke på brukere med rusmiddelproblemer (Kjellebold, 2009). I løpet av de siste årene har individuell plan også blitt lovregulert innen NAV og barnevernstjenesten, henholdsvis i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, lov om barnevern og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (NOU 2010:3; Arbeidsdepartementet, 2010). I den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester gjeldende fra januar 2011 er retten til individuell plan viet et eget kapittel.

Målet med individuell plan er formulert i forskriften til individuell plan § 2 a. Der står det at målet blant annet er *å sikre tjenestemottakerne koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester* (Sosial- og helsedirektoratet, 2001 og 2005b, Helsedirektoratet, 2007; Helsedirektoratet, 2010). Den individuelle planen skal blant annet inneholde hvilke mål og tjenestebehov bruker har, men omfanget skal tilpasses

den enkelte bruker. Planen skal baseres på et *samtykke, utarbeides og følges opp i samarbeid* med brukeren.

I løpet av de årene individuell plan har eksistert har det blitt gitt ut flere veiledere til forskrift om individuell plan. Den første i 2002 var knyttet til helselovgivningen (Sosial- og helsedirektoratet, 2001). Deretter forelå det en ny utgave i 2005, der lovgrunnlaget også ble knyttet til sosialtjenesteloven (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). I 2007 valgte direktoratet å gi ut enda en utgave for å inkludere erfaringer som var blitt gjort med individuell plan (Helsedirektoratet, 2007). Den siste justeringen og oppdateringen resulterte i utgaven 2010 som inkluderer endringer i lovverk, forskrifter og rundskriv pr 1.1.2010. Eksempelvis er plikten til å utarbeide individuelle planer til brukere med rusmiddelproblemer som deltar i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skjerpet.

I denne avhandlingen henvises det til både ”gammelt” og ”nytt” lovverk, og alle utgavene av veileder til forskriften om individuell plan (2005, 2007 og 2010). Det vil si at det ”gamle” lovverket benyttes for å yte data rettferdighet ved å sette disse inn i den konteksten som var gjeldende. Det ”nye” lovverket fra 2012 knyttes til videre diskusjoner om funnene. Tilsvarende henvises det i begynnelsen av datainnsamlingsprosessen til 2005 utgaven av veilederen som da var gjeldende og senere i forskningsprosessen til 2007 utgaven da den trådte i kraft. I andre sammenhenger benyttes alle tre utgavene enten hver for seg eller i kombinasjon der hvor det vurderes som meningsfullt, eksempelvis for å vise til at de nasjonale føringene har vært like eller ulike i disse utgavene, eller for å presisere at føringene er gjeldende i dagens veiledere.

### **2.1.3 Individuell plan og rettsliggjøringen av brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er sentralt i denne studien, og det er det også i individuell plan. Derfor redegjøres det for hvordan brukernes rett til medvirkning er rettsliggjort. Dette gjøres først i forhold til de bestemmelser som var gjeldende under studien for å

tydeliggjøre datidens rettslige rammer, men det vises også til det nye lovverket som trådte i kraft januar 2012.

Generelt var brukernes rett til medvirkning regulert i pasientrettighetsloven § 3-1 som henviste til at pasienten som mottar *helsetjenester* har "(...) rett til å medvirke ved utformingen og gjennomføringen av helsehjelpen" (Kjellevold, 2009, s. 49). Brukernes rett til medvirkning var også presisert i forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003) § 3. I første avsnitt står det: "Brukere av pleie- og omsorgstjenester, (...), medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene". I forhold til *sosialtjenesten* var brukernes rett til medvirkning hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3a jf. § 8-4. I følge denne "(...) skal planen og tjenestetilbudet utformes i samarbeid med tjenestemottakeren" (Kjellevold, 2009, s. 49). Denne delte reguleringen av brukernes rett til medvirkning i helsetjenesten og sosialtjenesten er fra januar 2012 samlet i én lov; den nye pasient- og brukerrettighetsloven. Ordlyden i denne loven § 3-1 er svært sammenfallende med hva som står skrevet i veileder til forskriften om individuell plan i utgavene 2005, 2007 og 2010 § 4: "Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette" (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 b; Helsedirektoratet, 2007; Helsedirektoratet, 2010). Her presiseres brukernes rett til å medvirke i arbeidet med individuell plan og at det er helse- og sosialarbeidernes ansvar å tilrettelegge for at brukerne får medvirket, som også vektlegges i merknadene til individuell plan 2005, 2007 og 2010 i § 4 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 b; Helsedirektoratet, 2007; Helsedirektoratet, 2010).

Dette er sterke politiske og rettslige føringer for hva som faglig *skal* skje i relasjonen mellom helse- og sosialarbeiderne og brukerne. Begrunnelsen for dette er gitt i merknadene til individuell plan § 4, hvor det står: "Bestemmelsen er gitt for å sikre at tjenestemottaker får innflytelse over egen situasjon" (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 b; Helsedirektoratet, 2007; Helsedirektoratet, 2010). Myndighetene ønsker med dette å sikre at brukerne får gjennomslag for sine beskrivelser av sine mål og behov for tiltak, da tilbakemeldinger fra feltet har vist at mange personer ikke får tilfredsstillende

tjenester og heller ikke har fått deltatt i en drøfting om hva de kunne bidra med (Kjellevold, 2009).

Brukernes rett til medvirkning er også prøvd sikret ved klageadgang. Da studien pågikk var brukerne gitt en klagerett gjennom pasientrettighetslovens kap. 7. Klagen skulle sendes til Helsetilsynet i fylket. Klageadgangen er blant annet knyttet til opplevelsen av ikke å ha fått medvirket på den måten som de selv ønsker i utarbeidelsen av planen. Brukere av sosiale tjenester derimot, hadde *ikke* samme klageadgang som pasienter av helsetjenester. Retten til å medvirke for brukere av sosialtjenesten måtte anses som en prosessuell rettighet og påberopes som en saksbehandlingsfeil i følge sosialtjenesteloven § 8-6, § 8-7 og forvaltningslovens regler om klage (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 b; Helsedirektoratet, 2007; Helsedirektoratet, 2010). Det er ikke lett å finne begrunnelser for hvorfor klagegrunnlaget var ulikt for pasienter av helsetjenesten enn for brukere av sosialtjenesten. I den nye loven om pasient- og brukerrettigheter er brukernes rett til å klage uavhengig av dette skillet, klagen skal uansett rettes til fylkesmannen. Klageadgangen er *unik*. Det er *nytt* at offentlige myndigheter griper så sterkt inn i hva som faglig skal prege relasjonen mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne, og at *brukernes opplevelse* av manglende medvirkning gis så sterk betydning. Dette er en måte å styrke brukernes rettigheter på, men bestemmelsen kan nok også tolkes av helse- og sosialarbeiderne som et ris bak speilet for at de skal tilrettelegge for brukernes medvirkning.

#### **2.1.4 Individuell plan og andre former for planer i Norge**

Det finnes mange former for særskilte planer, som staten eller kommunen plikter å utarbeide i forhold til den enkelte borger i befolkningen som har ulike former for hjelpebehov (Kjellevold 2009, s. 36). I følge folketrygdloven § 10-8 om rehabiliteringspenger skal det eksempelvis utarbeides *individuelle opplæringsplaner*. Dette skal også gjøres for dem som får spesialundervisning i følge opplæringsloven § 5-5. I forhold til brukere med rusmiddelproblemer i sosialtjenesten som er under tvang, har det vært krevd at det skulle utarbeides *tiltaksplaner* i følge sosialtjenesteloven § 6-1.

*Tiltaksplaner* skal det utarbeides for barn som er innvilget hjelpetiltak, og for barn som er plassert i institusjon ifølge barnevernloven §§ 4-5 og 4-28. I bruk av tvang og makt overfor brukere med psykiske lidelser brukes *habiliteringsplaner*. Disse planene er ikke lovregulert verken som plikt eller rett, men dersom personen har langvarige og koordinerte tjenestebehov, har personen rett på en individuell plan etter pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3.

Individuell plan overflødiggjør ikke disse andre planene. I følge Kjellevold (2009, s. 36) bør de ses i sammenheng med den individuelle planen etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, og de kan innlemmes i den individuelle planen. Forskjellen på disse planene som det er henvist til over og individuell plan er at de er mer uformelle ved at de ikke er lovregulert som en *rettighet*. Helse- og sosialtjenesten og NAV har ikke noen *plikt* til å utarbeide disse planene eller bistå med en *koordinator*. Tilsvarende har ikke brukerne *rett* til medvirkning og helse- og sosialtjenesten er *ikke pliktig* til å tilrettelegge for dette heller. Til slutt; planene fungerer oftest innenfor en sektor og som et arbeidsredskap for fagfolk, mens individuell plan er en *sektorovergripende* plan.

### 2.1.5 Individuell plan i Danmark og Sverige

Individuell plan er ikke særegent for Norge. Både Danmark og Sverige som vi kan sammenligne oss med, har tilsvarende planer. I Danmark har man hatt *sociale handleplaner* i mange år. Handleplaner er regulert i lov om social service, men allerede før loven trådte i kraft i 1998 var det rettslige normer for hjelpeapparatets plikt til å utarbeide handleplaner for *de mest utsatte borgerne*. I lov om social service stilles det krav om at amter og kommuner i Danmark, skal tilby handleplaner til personer med betydelig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne eller personer med alvorlige sosiale problemer. Mahs (2001) skriver at sociale handleplaner ofte brukes i forhold til borgere med psykiatriske problemer, voksne funksjonshemmede og brukere med rusmiddelproblemer. Kravet til brukermedvirkning og frivillighet er ikke så sterkt regulert som i den norske. I lov om social service, siste revidering av 30.01.2007 står det i § 141 at kommunene skal vurdere om det er hensiktsmessig å tilby en handleplan og at det i denne vurderingen *skal tas hensyn til borgerens ønske* om en handleplan og

dens karakter og omfang av tjenestetilbudet. Videre står det at *handleplanen bør utarbeides ut fra brukernes forutsetninger og så vidt mulig i samarbeid*. Slik er kravet til brukermedvirkning og frivillighet langt svakere regulert enn i Norge.

I Sverige benytter de sammen begrep som i Norge *individuell plan*. Den er regulert i lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993) og hälso og sjukvårdslagen (HSL 1982). Individuell plan etter HSL er knyttet til habilitering, rehabilitering og hjelpemidler som den enkelte trenger, mens individuell plan etter LSS er knyttet til funksjonshemmede og kan inneholde alt som gjelder den enkelte bruker. En annen forskjell er også at individuell plan etter LSS er juridisk en rettighetsbestemmelse, som brukeren kan begjære, mens individuell plan etter HSL er noe som helse- og sosialarbeiderne skal tilby (Socialstyrelsen, 2002). Både i lovteksten til LSS og HSL er brukernes medvirkning presisert. I LSS § 6 står det at den enkelte ”skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges”. I HSL § 3 b og 18 b står det at ”Habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel skall planeras i samverkan med den enskilde.” I Sverige kan det virke som individuell plan ikke i noen særlig grad blir brukt i forhold til personer med rusmiddelproblemer, men mest i forhold til funksjonshemmede.

## **2.2 Brukermedvirkning**

I det videre omtales først hvordan brukermedvirkning gjennom et historisk perspektiv kan knyttes til demokratiutviklingen i den vestlige verden. Deretter diskuteres begrepet; brukermedvirkning i forhold til dets lave presisjonsnivå, argumenter for ulike motiv og dets synlighet i offentligheten, og deretter ulike grader for medvirkning. Til slutt omtales hvordan brukermedvirkning er knyttet til yrkesetiske føringer.

### **2.2.1 Brukermedvirkning i et historisk perspektiv**

I løpet av de siste 20 årene har brukermedvirkning fått større plass i politiske dokumenter og i faglitteraturen. Fokuset på brukermedvirkning må anses som et uttrykk

for en økt demokratisering i samfunnet (Seim og Slettebø, 2007). Interessen for demokratisering i den vestlige verden kan knyttes tilbake til sosiale bevegelser i 1960-årene, eksempelvis borgerrettighetsbevegelser i USA, kvinnebevegelser og andre bevegelser som demonstrerte for at deres gruppe skulle ha samme demokratiske rettigheter som andre grupper i samfunnet (Stang, 1998). Disse bevegelsene, hvor det var sentralt å slåss for rettigheter og mot undertrykkende krefter i samfunnet har bidratt til en økt demokratisering, da de fokuserte på borgernes *autonomi* og *rett til medvirkning* i utforming av eget liv (Cohen, 1985; Tarrow, 1994; Willams, 2001; Selboe, Bollingmo og Ellingsen, 2005).

I Norge skjedde utviklingen av brukermedvirkning i en sammenheng med den generelle utviklingen på 1970-tallet, hvor desentralisering fikk bred politisk støtte i lange perioder. Det var en tid hvor velferdsstaten ble kritisert, blant annet ved universitets- og forskningsmiljøene. Noen forskere kjempet for en verdiomprioritering som kunne styrke de sosiale rettighetene. Løchen (1970, s. 213) skriver:

"Det trenges et fundamentalt tillegg til den status borgerne har i den nåværende velferdsstaten. Det må være en grunnleggende rettighet at hensynet til helse og velferd ikke blir krenket av den alminnelige samfunnsutvikling. Den nye avtalen mellom borger og samfunn må innebære en kraftig rekonsolidering av individets stilling i kampen mot kreftene utenfor ham selv."

Betydningen av å styrke borgernes rettigheter og plikter, for at de skal kunne stille sterkere i møte med kreftene i omgivelsene, ble slik sett også bakgrunnen for brukermedvirkning (Henriksen og Vetlesen, 2000). Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen, som ble oppnevnt ved kongelig resolusjon av 29.10.1971, kan ses på som et uttrykk for dette. Den tok opp brukermedvirkning og redegjorde for hvorfor brukermedvirkning var viktig ut *fra et demokrati- og deltakelsesperspektiv*.

Det har siden den tiden vært et økt politisk fokus på brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene, og særlig fra 1990-tallet. Dette bekreftes i St. meld. 35(1994-95) og i St. meld nr. 4 (1996-97) hvor søkelyset rettes mot å ha brukerne i sentrum. I NOU



1998:18 ble brukermedvirkning knyttet til brukerperspektivet og empowerment. Jeg vil i det følgende ta for meg noen sentrale politiske føringer for brukermedvirkning innen helse- og omsorgstjenesten.

### 2.2.2 Brukermedvirkning og politiske føringer

Brukermedvirkning er beskrevet som en vesentlig verdi i flere politiske dokumenter for helse- og omsorgstjenesten. Utgangspunktet for brukermedvirkning er basert på det grunnleggende verdigrunnlaget som står i St.meld. nr. 26 (1999-2000) for helsetjenesten og i St.meld. nr. 28 (1999-2000) for sosialtjenesten (NOU 2004:18). Både St.meld. nr. 26 (1999-2000) og St.meld. nr. 28 (1999-2000) henviser til at regjeringens politikk innen helsetjenesten har lagt vekt på et *solidarisk* og *humant samfunn* hvor menneskeverdet presiseres. I St.meld. nr. 28 (1999-2000) kapittel 3.3 står det: ”Alle, inkludert dei som er avhengige av å få hjelp av andre, er like mykje verd”. Her presiseres alle menneskers *likeverd*. Dette må kunne ses i sammenheng med menneskets ukrenkelige verdi, som ligger til grunn for grunnloven. Prinsippet er også nedfelt i blant annet FNs erklæring om universelle rettigheter av 1948. I Verdenserklæringen om Menneskerettigheter av 1948 artikkel 1 omtales alle mennesker som unike og med et iboende likeverd. Enkeltmennesket har krav på vern om og respekt for sin integritet uten hensyn til rase, farge, språk, religion, politisk syn eller annen mening, nasjonalt eller sosialt opphav, eiendom, fødsel eller andre forhold (St.meld. 26 (1999-2000)). Slik er menneskeverdet noe man får i kraft av det å være menneske, og ikke ut fra hva man har gjort seg fortjent til. I NOU 2004:18 som også omtaler sosialtjenesten, knyttes menneskeverdet til begrepet *autonomi* som blant annet uttrykker enkeltindividets rett til å bestemme over forhold som gjelder dem selv, altså selvbestemmelse. Her presiseres at autonomi kan formuleres som en målsetting, en verdi for menneskets liv, som tjenestene skal søke å understøtte og om nødvendig utvikle. ”Gjennom prinsippet om autonomi kommer medbestemmelse og medvirkning inn i verdigrunnlaget i sosial- og helsesektoren” (NOU 2004:18, s. 53).

I NOU 2004:18 (s. 53) beskrives *medbestemmelse og brukermedvirkning* som at brukerne får *innsyn og innvirkning på tjenestetilbudet* gjennom *samarbeid* med den som yter hjelpen. Samtidig som medbestemmelse og medvirkning også kan redusere *brukernes opplevelse av avmakt og avhengighetsforhold, mobilisere ressurser i mennesket og legge til rette for at brukerne selv kan ta kontroll over eget liv*. Medbestemmelse og medvirkning kan også anses som en metode for å *kvalitetssikre tjenestene*. I dette anses brukermedvirkning både som en verdi og en strategi for helse- og sosialtjenesten (Alm Andreassen, 2005). Som strategi er brukermedvirkning trefoldet, for det første en strategi for innsyn og påvirkning, for det andre en strategi for å redusere den skjeve maktbalansen mellom bruker og helse og sosialarbeider, og til sist som en strategi for å bedre kvaliteten på tjenesten.

I Nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helsetjenesten er brukermedvirkning knyttet til kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a). Her konkretiseres kvalitet med at helse- og omsorgstjenesten har tjenester som:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, Punkt, 3.5).

De seks elementene i kvalitetsbegrepet utdypes blant annet med at god kvalitet i tjenestene forutsetter at *brukerens erfaringer og synspunkt påvirker tjenestene*, da *dette vil gi bedre resultater*. Et av innsatsområdene er ”Styrke brukeren”, hvor god kvalitet forutsetter at *planlegging og utforming av tjenestene gjøres i samspill med brukeren* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, punkt 9.1). Et annet innsatsområde er ”Styrke utøveren”, hvor god kvalitet sikres gjennom faglig kompetente utøvere som *evner å ta brukerens behov på alvor og omsette pålitelig kunnskap til gode tjenester* i et system som *fremmer helhet* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, punkt 9.2). Slik retter Nasjonal strategi for kvalitet i sosial – og helsetjenesten fokuset mot både brukeren og helse- og

sosialarbeideren, da det er i *samspill* mellom disse at brukervedvirkning kan virkeliggjøres.

### 2.2.3 Brukervedvirkning - et honnørord med lavt presisjonsnivå

Begrepet brukervedvirkning er et honnørord med lavt presisjonsnivå, slik som eksempelvis forebygging og samordning (Ørstadvik, 1996; Raustøl, 1996; Rønning og Solheim, 1998; Follesø, 1998; Ørstadvik, 2005; Humerfelt, 2005a; Seim og Slettebø, 2007; Askheim, 2009). Det er et konstruert ord, som består av *bruker* og *medvirkning*. Leksikalsk betyr *bruker* en som nyter, utnytter, anvender (Taule, 1999). Begrepet *medvirker* viser til den leksikalske betydningen å delta, bidra og hjelpe (Taule, 1999). Slik inneholder ordet en intensjon om å ta del i noe, yte noe; *noe aktivt* som skal foregå. Snur vi på rekkefølgen i begrepet medvirkning, får vi virke- med. Skal vi virke med, indikerer dette at medvirkning gjøres i forhold *til noen*, det vil si at medvirkningen skal foregå i en *relasjon* mellom parter, og slik er relasjon sentralt i brukervedvirkning (Humerfelt, 2005a).

Innen sosialt arbeid og helsefagene har relasjonen mellom bruker og helse- og sosialarbeider lenge vært i fokus, men med tiden har forståelses- og handlingsmodellene forandret seg. Tidligere var relasjonsfokuset basert på en diagnostisk tradisjon, som var basert på et menneskesyn preget av brukerne som *objekter* med hjelpebehov, og hvor helse- og sosialarbeiderne besatt kunnskapen om hva som ville kunne hjelpe brukerne. Relasjonsfokuset var knyttet til at det var sentralt å etablere en god relasjon basert på trygghet og tillit for at brukerne skulle *kunne motta og nyttiggjøre seg* de tjenestene helse- og sosialarbeiderne tilbød for å bedre sin livssituasjon (Humerfelt, 2005a). I en brukerorientert relasjon er relasjonsfokuset knyttet til at det er sentralt å etablere en relasjon basert på trygghet og tillit for at *brukerne skal kunne medvirke med sine meninger og opplevelser* for at disse skal ha innflytelse på utforming av tjenestene og beslutningen om hva som er til beste for å bedre livssituasjonen.

Det eksisterer mange ulike definisjoner av brukermedvirkning. En definisjon som ofte benyttes av myndighetene, er: ”På individnivå betyr brukermedvirkning at den som benytter seg av tjenestetilbudet får innflytelse i forhold til dette tilbudet” (Sosial- og helsedirektoratet 2006b, s. 8). I denne definisjonen vektlegges *kun* at den enkelte bruker får *påvirke tjenestetilbudet*, mens brukerens påvirkning på den endelige beslutningen og relasjon mellom dem og helse- og sosialarbeideren er fraværende.

En annen definisjon på brukermedvirkning som ofte blir anvendt både politisk og helse- og sosialfaglig er: ”(...) de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet” (St.meld. nr.34 (1996-97), s. 29); Rønning og Solheim 1998, s. 31; Slettebø, 2000, s. 78). Her presiseres brukerens *innflytelse i prosessen både på beslutning og utformingen av tjenesten*, men det relasjonelle mellom bruker og helse- og sosialarbeider er heller ikke her inkludert.

En tredje definisjon er: ”Brukermedvirkning – enten det er på system-, eller individnivå- innebærer at brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk” (Sosial og helsedirektoratet 2006b, s. 7). Her fokuseres *brukerens innflytelse på tjenestetilbudet*, men ikke beslutning, men det *relasjonelle* er inkludert ved ordet *sammen*.

En fjerde definisjon er: ”På systemnivå vil brukermedvirkning innebære at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktiv deltakende i planleggings- og beslutningsprosesser, fra start til mål” (Sosial og helsedirektoratet 2006b, s. 8). Dette er en definisjon som omtaler systemnivå, men som også er anvendbar på individnivå. Definisjonen ivaretar at brukernes medvirkning gjelder *både prosess og beslutning*, samtidig som den legger vekt på *likeverd i relasjonen*. *Relasjon* mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne presiseres, hvor den eller de som mottar helse- og/eller sosialtjenester involveres, deltar aktivt og har innflytelse på beslutninger som angår egen helse og velferd (NOU 2004:18; Aadnanes, 2007; Seim og Slettebø, 2007; Hanssen, Humerfelt, Kjellevold, Norheim, Sommerseth, 2010). Denne prosess- og beslutningsorienterte definisjonen av *brukermedvirkning* vektlegges i denne avhandlingen. Definisjonen mener jeg allikevel er ufullstendig, da den kun fokuserer på hva brukermedvirkning innebærer for brukerne, men *ikke* for hva som kreves av helse-

og sosialarbeiderne for å tilrettelegge for dette. For å bøte på dette omtales i det videre andre definisjoner som vektlegger helse- og sosialarbeidernes tilretteleggelse.

Rønning og Solheim (1998) setter brukermedvirkning i sammenheng med helse- og sosialarbeidernes mulighet til å kunne *ta den andres perspektiv* gjennom empati. Prinsipielt mener de at det er umulig og fullstendig sette seg inn i den andres perspektiv, da det kun er personen selv som har den muligheten. De har definert brukerperspektivet slik: ”Å anlegge et brukerperspektiv betyr at vi prøver å se et tilbud, eller behovet for det, fra den potensielle brukernes side” (Rønning og Solheim 1998, s. 30). Denne definisjonen er ikke helt ulik Seim og Slettebø (2007, s. 28) som definerer brukerperspektivet med: ”(...) profesjonelle eller ansatte skal ha brukernes interesser og behov i fokus”, og understreker at dette nødvendigvis verken innebærer deltakelse eller innflytelse fra brukernes side. Det vil si at ved ”å ha pasienten/klienten i sentrum” kan helse- og sosialarbeideren forstå og handle ut fra brukerens interesser og behov, men kun ut fra sin egen kunnskap og erfaring. Brukerperspektivet kan i en slik forståelse utøves i tråd med en tradisjonell oppfatning og tas til inntekt for paternalistiske yrkesutøvelser (Barbosa da Silva, 2006).

Dette tydeliggjør nødvendigheten av å forstå brukerperspektivet todimensjonalt. Den ene dimensjonen innebærer at helse- og sosialarbeideren skal *se* brukeren og ha brukerens interesser og behov i sentrum, slik Rønning og Solheim (1998) og Seim og Slettebø (2007) beskriver. Dette representerer en ovenfra og ned synsvinkel, som kan kalles et *faglig brukerperspektiv*. Den andre dimensjonen er et uttrykk for brukerens egen forståelse av seg selv og sin situasjon i fortid (slik det var tidligere), nåtid (slik det er nå) og i fremtid (slik en ønsker det skal bli). Dette representerer en nedenfra og opp synsvinkel og er det som kan kalles *brukerens perspektiv*. Det todimensjonale brukerperspektivet samsvarer med forståelsen av barneperspektiv som bl.a. Andersson og Bjerkman (1999, s.27), legger til grunn, som både innebærer ”att ha barnet *i sin* synsvinkel, det vill säga at *se* barnet” og ”att se utifrån *barnets* synsvinkel”. I sammenheng med voksne vil dette være *å ha brukeren i sin synsvinkel, som vil si å se brukeren og å se ut fra brukerens synsvinkel* (Hanssen, Humerfelt, Kjellelvold, Norheim og Sommerseth, 2010, s. 32). I denne avhandlingen er det dette todimensjonale

*brukerperspektivet* som legges til grunn for helse- og sosialarbeidernes tilrettelegging for brukernes medvirkning.

Som det har gått frem av redegjørelsen av de ulike definisjonene kan brukermidvirkning foregå på flere nivåer. Denne avhandlingen fokuserer på brukermidvirkning på *individnivå* som handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke utforming av tjenestetilbudet og beslutningen om dem. Dette skal bidra til økt opplevelse av autonomi, myndighet og kontroll over eget liv. Brukermidvirkning kan også foregå på *systemnivå*, som vil være at brukere av offentlige tjenester, hjelpeapparatet og sosial- og helsetjenesten får påvirke ikke bare sin egen sak, men påvirke utformingen av tjenestetilbudet generelt (Alm Andreassen, 2005). Målet er at brukererfaringene skal bidra til å sikre og utvikle kvaliteten på tjenestene (Ulvestad og Henriksen, 2007). Det kan eksempelvis føre til at brukergrupper interesseorganisasjoner får medvirke som høringsorgan i forvaltningens diskusjon om hjelpeapparatets tjenester. Brukerne kan eksempelvis benytte seg av sin demokratiske rett ved å fungere som talerør for underprivilegerte grupper i den hensikt å påvirke politiske myndigheter, slik at gruppens muligheter for medvirkning blir ivaretatt. To relevante eksempler på slike foreninger / organisasjoner fra rusmiddelfeltet er Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO) og Foreningen for Human Narkotikapolitikk (FHN). Skal medvirkning ha betydning på dette nivået kreves det at brukerne får mulighet og tar muligheten til å inngå i et partnerskap med representantene fra hjelpeapparatet og en aktiv deltakelse i planleggings- og beslutningsprosessen, fra start til slutt (Ulvestad og Henriksen, 2007). Mer overordnet kan brukermidvirkning skje på et *politisk nivå* hvor brukergrupper og brukerorganisasjoner involveres i politiske prosesser før beslutninger fattes, gjennom representasjon i ulike råd, utvalg og komiteer (Ulvestad og Henriksen, 2007). Både RIO og FHN blir blant annet brukt til dette av helse- og sosialmyndighetene.

#### **2.2.4 Argumenter for brukermidvirkning**

I tidsrommet ca. 1960-1985 ble argumentasjonen for brukermidvirkning først og fremst knyttet til verdi og rettigheter innenfor en politisk *felleskapsmodell*. Dette hadde

sammenheng med den generelle politiske utviklingen, hvor det ble kjempet for å styrke borgernes rettigheter og plikter for å kunne møte de undertrykkende kreftene i samfunnsstrukturer og -prosesser. I årene etter ble argumentasjonen for medvirkning ofte knyttet til en nødvendig forutsetning for å kunne utvikle effektive og produktive organisasjoner, og i større grad preget av en markedsmodell (Raustøl, 1996). I dag kan det synes som om brukervedvirkning er blitt et viktig politisk styringsmiddel for å nå politisk målsetting om legitimitet og effektivitet, hvor oppmerksomheten rettes mot velferdsstatens yrkesutøvere, mer enn borgernes behov og ønsker (Alm Andreassen, 2004).

Argumenter for brukervedvirkning kan beskrives som to ytterpunkter, hvor det ene ytterpunktet viser til menneskets grunnleggende rettigheter, og menneskets iboende likeverd. Det andre ytterpunktet representerer økonomiske argumenter som kan medføre en ansvarsfraskrivelse for helse- og sosialarbeiderne (Ørstadvik, 1996). Dette er ikke så ulikt Alm Andreassen (2005) som skiller mellom den instrumentelle og demokratiske begrunnelsen. Den instrumentelle begrunnelsen er knyttet til at medvirkning er et middel for å oppnå noe annet, resultater av et eller annet slag. Dette kan særlig kobles til økonomiske gevinster. Mens det demokratiske begrunnelsene dreier seg om retten til medvirkning som er en verdi i seg selv, og innflytelse over eget liv i kraft av menneskeverdet.

Samtidig kan begrunnelsene for brukernes medvirkning være mer innfløkt enn to ytterpunkter kan illustrere. Ser man mer nyansert på det, vil eksempelvis den *demokratiske* argumentasjonen for brukervedvirkning kunne knyttes til flere dimensjoner. På et vis kan en argumentere for brukervedvirkning dreier seg om et normativt argument, hvor en er opptatt av å gi brukerne sin borgerstatus tilbake (Humerfelt, 2005a). En ønsker å la brukerne delta ut fra demokratiske borgerrettigheter og da med tanke på både rettigheter og plikter som ligger til grunn for en borgerstatus. Dette er et argument som kan ses i tilknytning maktutjevningsargumentet som henviser til at brukervedvirkning kan bedre maktbalansen mellom brukerne og det offentlige. Samtidig kan argumentasjonen også være av pedagogisk art hvor en ønsker at brukerne skal lære seg å bli aktive og gode samfunnsborgere. På et annet vis kan en innenfor en

demokratisk argumentasjon knytte brukermedvirkning til et ekspressivt argument, som er mer rettet mot brukernes medvirkningsprosess som et bidrag til deres selvutvikling og selvrealisering.

Innenfor en instrumentell argumentasjon vil brukermedvirkning kunne ses i sammenheng med *økonomisk* interesse. Dette handler om brukermedvirkning som et middel for effektiv måloppnåelse for de enkelte virksomhetene. Man har en tro på at brukernes medvirkning vil kunne bidra til at virksomhetene kan gjennomføre tjenestene mer effektivt. For eksempel ved behandling, jo fortere folk kommer ut av behandling, jo raskere gjennomstrømming av brukerne kan organisasjonen ha (Humerfelt, 2005a). I et samfunnsperspektiv kan dette sees i sammenheng med antakelsen om at brukermedvirkning vil kunne gi økonomiske gevinster for velferdsstaten. Ideen går ut på at brukermedvirkning vil lede til bedre utnyttelse av knappe ressurser og dermed økt tjenesteeffektivitet. Tanken er at aktive brukere er billigere, enn passive mottakere. Samtidig kan nok denne argumentasjonen for brukermedvirkning også være moralsk forankret. Hvor ideer om at passive brukere snylter på andres skattepenger og at de mangler god moral. Det handler om at *aktive brukere*, det vil si de gode menneskene ikke ligger andre til byrde, man klarer seg selv.

Argumentene for brukermedvirkning kan også være formulert terapeutisk. En belegger begrunnelsen med medisinske forklaringer og rehabiliteringseffekter, som henviser til at brukermedvirkning vil kunne øke prognosene for vellykket terapi. Samtidig kan dette egentlig dreie seg om en instrumentell økonomisk tilnærming som kan bli brukt for effektiv rehabilitering for å øke gjennomstrømmingen (Rønning og Solheim, 1998).

I vår tid kan argumentasjonen for brukermedvirkning også dreie seg om *legitimitet*. Virksomhetene konsulterer brukerne om tjenestenes utforming og oppfølging av dem. På den måten skaffer virksomhetene seg aksept og forståelse fra brukerne, men kan også befri seg fra ansvar for kritikk (Humerfelt, 2005a). Samtidig kan begrunnelsen for brukernes medvirkning knyttes til fagfolks opplevelse av å komme til kort overfor brukerne. De inntar en lav og ydmyk profil, hvor det blir viktig ”å lære av brukerne”. Dette kan være et faglig argument som legger vekt på at to hoder tenker bedre enn ett.



På den andre siden kan dette være fagfolks *ansvarsfraskrivelse*. De gir fra seg autoritet, fordi de opplever å komme til kort overfor brukerne, føler seg utbrent eller ikke makter ansvaret, og de ”svake” og ”vanskelige” brukerne blir overlatt ansvaret (Humerfelt, 2005a).

Myndighetenes fokus på brukermedvirkning kan kobles til demokratiske argumenter, men bør nok også ses i sammenheng med økonomiske- og effektivitetsargumenter. Gjennom å rette oppmerksomheten mot brukerne som det gjøres i nasjonale føringer for individuell plan og legge vekt på brukernes rett til valgfrihet, innrette seg etter deres behov og gi dem større påvirkning på utforming av tjenestene, kan myndighetene samtidig ha tro på at brukermedvirkning kan bidra til sikring av en effektiv og kostnadsbevisst velferdsstat.

Det er det demokratiske argumentet (Ørstadvik, 1996; Humerfelt, 2005a; Alm Andreassen, 2005) som er lagt til grunn for denne studien, da det er brukernes rettigheter, likeverd og innflytelse over eget liv i kraft av menneskeverdet som er i fokus.

### **2.2.5 Ulike grader for brukermedvirkning**

Brukermedvirkning dreier seg om ulike grader for medvirkning. Hvor mye brukerne deltar og hvilken innflytelse de har, vil kunne variere, men det er et mål at brukeren opplever optimal medvirkning i forhold til sine ønsker og forutsetninger (Eriksen, 2007).

Flere har skrevet om ulike grader for medvirkning og som Ørstadvik (1996) skriver, har forfatterne det felles at brukermedvirkning kan ses i sammenheng med aktørenes (brukernes og helse- og sosialarbeidernes) kontrollmulighet i relasjonen. Hun beskriver et kontinuum hvor det ene ytterpunktet defineres som *når brukerne har sterk grad av kontroll*, da vil helse- og sosialarbeiderne *ha svak grad av kontroll*. I dette tilfelle vil brukerne ha full medbestemmelse, som kan omtales som brukerstyring. I det motsatte

tilfelle, der helse- og sosialarbeiderne har sterk grad av kontroll og brukerne svak, er det andre ytterpunktet. Det er gjerne det som karakteriseres som et tradisjonelt bruker- og helse- og sosialarbeider forhold, hvor helse- og sosialarbeiderne opptrer dominant overfor brukerne. Graden av kontroll og makt vil således prege relasjonen mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne ved ulike grader for brukermedvirkning.

Ørstadviks (1996) beskrivelse av kontinuumet for grader for medvirkning ble videreutviklet i en modell som gjennom fem inndelinger viser hvordan maktfordelingen mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne påvirker graden for medvirkning og gir ulike former for medvirkning (Humerfelt, 2005a). Modellen illustrerer grader av medvirkning i forhold til den enkelte brukers prosess, situasjon og fase, og kan brukes på både system- og individnivå. Graden av brukernes medvirkning øker dess lenger til høyre man er i kontinuumet. Jo mer makt helse- og sosialarbeiderne gir fra seg, jo mer makt får brukerne. Og omvendt, jo mer makt helse- og sosialarbeiderne gir uttrykk for, jo mindre har brukerne. Det kan stilles spørsmål om informasjon, som svakeste form for medvirkning, kan defineres som medvirkning, da informasjon ofte skjer enveis. Kontinuumet anskueliggjøres i en modell:

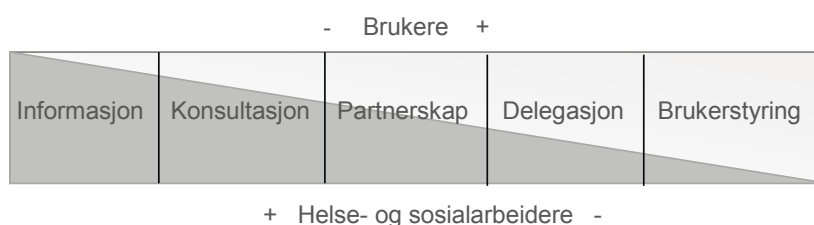


Fig. nr. 1: Modellen illustrerer maktfordelingen mellom bruker og helse- og sosialarbeider i forhold til grader av brukermedvirkning.

Denne modellen er ikke helt ulik ”en stige for medvirkning” som Arnstein (1969) utviklet. Øverst i stigen har brukerne makt og innflytelse til å påvirke og styre resultatet gjennom borgerstyring og delegert makt. I partnerskap har brukerne anledning til å forhandle om mulige løsninger og medvirke i beslutningsprosessen. I trinnene rådgivning, konsultasjon og informasjon kan brukerne si sin mening, gi sine råd, men de

har ikke makt til å følge dem opp. Nederst i stigen vises terapi og manipulasjon som *ikke* vurderes som medvirkning. Hensikten med stigen er å vise at *hvis brukermedvirkning skal ha et reelt innhold, må medvirkning innebære at brukerne har innflytelse*, ellers blir begrepet retorikk (Seim og Slettebø, 2007). Under vises Arnsteins ladder:

|         |                                 |                                   |
|---------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Trinn 8 | Citizen control/ Borgerstyring  | <b>Degrees of citizen power /</b> |
| Trinn 7 | Delegated power / Delegert makt | <b>Grader av borgermakt</b>       |
| Trinn 6 | Partnership / Partnerskap       |                                   |
| Trinn 5 | Placation / Rådgivning          | <b>Degrees of tokenism /</b>      |
| Trinn 4 | Consultation / Konsultasjon     | <b>Grader av skinninnflytelse</b> |
| Trinn 3 | Information / Informasjon       |                                   |
| Trinn 2 | Therapy / Terapi                | <b>Non-participation /</b>        |
| Trinn 1 | Manipulation / Manipulasjon     | <b>Ikke deltakelse</b>            |

Fig. nr. 2: Modellen viser ”Arnsteins ladder”, hvor reell medvirkning forutsetter at brukerne har innflytelse.

Graden av medvirkning kan også vurderes i forhold hvor mange faktorer brukerne har eiendomsrett over. Flere har valgt å ta utgangspunkt i Peyrots fem faktorer som bestemmer graden av medvirkning (eksempelvis: Bomann-Larsen, Froestad og Jensen, 1985; Hansen, 2007; Seim og Slettebø, 2007). Jo flere av disse faktorene brukerne har kontroll over, jo sterkere grad av medvirkning.

- Å bestemme om et problem eksisterer
- Å definere hva problemet gjelder
- Å avgjøre om det skal gjøres noe med problemet
- Å velge mellom ulike former for hjelp
- Å initiere, vedlikeholde eller avslutte kontakten

Denne er ikke helt ulik Alm Andreassens (2005) inndeling, hvor graden av medvirkning bestemmes etter hvilken fase brukerne begynner å medvirke. Jo tidligere fase brukerne får mulighet til og eller velger å medvirke i, jo sterkere grad av medvirkning:

- Ved problemdefinering
- I planlegging og utredning
- Når beslutninger fattes
- I gjennomføringen
- Ved evaluering

Denne inndelingen er forholdsvis lik mange generelle problemløsningsprosesser i sosialt arbeid.

I disse ulike modellene for brukermedvirkning, kan en få inntrykk av at jo sterkere grad av medvirkning brukerne har, jo sterkere grad av kontroll og makt har de for eget liv. Og motsatt, jo svakere grad av medvirkning, jo mindre makt og kontroll har brukerne. Dette er en forenkling, da makt ikke er en "masse" som kan økes eller reduseres. Selv om brukerne har brukerstyring som er den sterkeste graden for brukermedvirkning, besitter allikevel helse- og sosialarbeiderne makt, eksempelvis sosialkontoransattes mulighet til å sanksjonere i form av tilgang eller beslutning om vilkår for utbetaling av livsopphold. Tilsvarende for brukerne, selv om helse- og sosialarbeiderne benytter seg av sin makt og kontrollmulighet, vil ikke det si at brukerne er maktesløse, hvis ikke situasjonen fordrer tvang. Ved frivillige tiltak vil brukerne kunne benytte seg av sin selvbestemmelsesrett til å avgjøre om han eller hun vil medvirke eller ikke. Dette betyr at makt er noe man har, men hvordan man forvalter den makten er det som blir avgjørende for graden av medvirkning. Samtidig handler dette også om at *selvbestemmelse* er todelt. Selvbestemmelse gjelder både retten til å medvirke, men også retten til å bestemme å *ikke* medvirke - til å reservere seg.

De ulike modellene viser heller ikke til situasjoner hvor både brukerne og helse- og sosialarbeiderne befinner seg i en maktesløs situasjon. Et eksempel kan være "lang behandlingsskø", slik tilfellet er for mange brukere med rusmiddelproblemer som søker

opphold i institusjon for behandling. I en slik situasjon kan brukernes medvirkning og helse- og sosialarbeidernes makt ha liten innflytelse på byråkratiets system for behandlingsskø, til tross for at argumentene kan være gode. Modellene viser også svakhet i forhold til situasjoner hvor en kan tenke seg at helse- og sosialarbeiderne har overført makt til brukerne og sammen står de frem for å kjempe for en sak. Dette kan anses som et partnerskap, da den enes makt kan øke den andres makt.

### 2.2.6 Brukermedvirkning og etiske føringer

Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere (FO) har et *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere* (<http://www.fo.no>). I dette dokumentet er ikke begrepet brukermedvirkning brukt. I kapittel 2 om verdier som forplikter, redegjøres det for *menneskelivets ukrenkelighet, respekt for enkeltindividet, likeverd og ikke-diskriminering*. Dette er alle sentrale verdier i brukermedvirkning som det er vist til tidligere. I tillegg vektlegges verdien *solidaritet* hvor anerkjennelsen av alle menneskers avhengighet vektlegges og at barnevernarbeidere, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere derfor må: ”fremme solidaritet mellom individer, grupper og klasser og arbeide for et inkluderende samfunn”. I kapittel 3 om relasjonen mellom yrkesutøver og bruker/klient, fokuserer punkt 3.3 på *myndiggjøring* som: ”(...) innebærer at brukerne får hjelp til å mobilisere og ta i bruk egne ressurser, slik at de opplever mestring og har innflytelse og styring over eget liv. Sentrale begreper er verdighet og respekt”. På den måten som myndiggjøring omtales her, er det nærliggende å tenke at dette har mange paralleller til brukermedvirkning.

## 2.3 Brukere med rusmiddelproblemer

I det følgende har jeg valgt å ta utgangspunkt i brukere med rusmiddelproblemer som har et dominerende bruk av illegale rusmidler. Dette er gjort for at redegjørelsen skal være mest mulig nær den livssituasjon som brukerne i denne studien hadde. Først omtales hvordan vi kan forstå avhengighet og hvor mange brukere i Norge vi beregner

til å ha et dominerende bruk av illegale stoffer. Deretter argumenterer jeg for hvorfor denne studien retter fokus mot brukere med rusmiddelproblemer og mitt valg av begrepet; brukere med rusmiddelproblemer.

### 2.3.1 Avhengighet og antall brukere med rusmiddelproblemer i Norge

Et omfattende og langvarig bruk av narkotiske midler tilsier i de fleste sammenhenger et problematisk bruk, noe som ofte omtales som *avhengighet*. Dette er et komplisert begrep, da avhengighet er relativt i henhold til kultur, liv, rusmiddel, person og situasjon (Evjen, Øiern og Bo Kielland, 2007, s. 69). En definisjon er slik: ”Gjentatte, tvangsmessige inntak eller bruk på tross av negative konsekvenser for brukerens helse, yrke og sosiale liv.” (Jellestad, 2011, s. 66). Denne definisjonen er ikke helt ulik den som en gruppe norske forskere med medisinsk og filosofisk bakgrunn foreslo: ”Avhengighet er å ha tilførselen av et rusmiddel som en så sterk motivkraft i tilværelsen at det forstyrrer andre motiver.” (Elster og Skog, 1999 referert i: Evjen, Øiern og Bo Kielland, 2007, s. 68). Begge definisjoner åpner for at årsaken til at en person utvikler avhengighet, kan ha sammenheng med biologiske, psykologiske eller sosiale forhold. I *biologisk* forstand forklares avhengighet svært kort sagt med at rusmidler øker dopaminfrigjøring i de delene av hjernen som kalles belønningssystemet, noe som gir en lystopplevelse (Jellestad, 2011). Ved langvarig stimulering tilpasser nervecellene seg, og ved bortfall eller reduksjon av stimuleringen, oppstår abstinensreaksjoner og personen kjenner trangten til å innta mer rusmidler. *Psykologisk* vil avhengighet tilsi at det blir mer vesentlig for personen å få tak i stoffet enn å ta hensyn til andre mer langsiktige mål i livet. Personens kortsiktige preferansestruktur dominerer den langsiktige (Evjen, Øiern og Bo Kielland, 2007, s. 69). Den *sosiale* forklaringen kan ses i sammenheng med *kulturokonomisk* avhengighet (Smith-Solbakken og Tunngland, 1999). Det dreier seg om er avhengighet til rusmiljøet. Brukerne bindes sammen av gjensidige forpliktelser som etableres og ivaretas gjennom normer, regler, språk, gjeld og vennetjenester. Jo mer integrert og bundet brukerne blir til rusmiljøet, jo vanskeligere blir det for dem å bryte ut av det.

Avhengighet av rusmidler er også definert i dagens diagnosesystem. Verdens Helseorganisasjons International Classification of Diseases (ICD) og det amerikanske systemet Diagnostic and Statistical Manual (DSM) har plassert rusmiddelbruk innenfor sitt diagnosesystem. I disse systemene presenteres rusmiddelbruk ved henholdsvis seks og sju kriterier, og hvor tre av disse kriteriene må være oppfylt i løpet av de siste 12 månedene for å kunne defineres som avhengighet (Fekjær, 2009, s. 224). Samtidig kan en mildere diagnose også stilles innenfor disse systemene som *skadelig bruk* innen ICD som henviser til fysiske og psykiske helseskader, og innenfor DSM *misbruk* som viser til manglende rolleforpliktelser, fysisk risikable situasjoner, gjentatte problemer med rettsvesenet og tilbakevendende sosiale eller interpersonlige problemer. Dette kan tolkes som at brukerne kan ha skadelig bruk og eller misbruk uten å være avhengige, mens det å være avhengig innebærer skadelig bruk og eller misbruk. Rusmiddelavhengighet ses i denne sammenheng som en *sykdom*, noe som har bidratt til medisinsk behandling og utløsning av trygderettigheter. I denne studien er det ikke vektlagt om brukernes bruk av rusmidler kunne betegnes som avhengighet, skadelig bruk eller misbruk, men det er vektlagt at rusmiddelbruket er omfattende og langvarig.

Det er komplisert å vite hvor mange brukere vi har i Norge med omfattende rusmiddelproblemer, da det er store mørketall. Fekjær (2009, s. 367; Amundsen, 2010) mener at den *minst* dårlige metoden til å gjøre et anslag på er ”å ta utgangspunkt i antall overdosedødsfall og i andelen av misbrukerne i behandlingsapparatet som dør av overdose hvert år” og da er det ca. 0,3 prosent av den voksne befolkningen. Samtidig er dette usikre data, da en overdose kan være en konsekvens av én dags (uheldig) bruk, og det er også mange som aldri er i behandling. Imidlertid viser Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) sin årsrapport om Narkotikasituasjonen i Norge 2010 at antallet personer med problematisk heroinbruk har vært forholdsvis stabilt de siste årene, selv om antallet har økt noe i 2009 fra 2008. Det vil si at: ”For 2009 the estimate is around 10,000 (8,700 – 12,300)” (Hordvin, 2010, s. 8) i Norge. Et antall som er lavt sammenlignet med andre land (EONN, 2010). Samtidig presiseres det at tallene er basert på en spørreundersøkelse som anses som lite egnet til å beregne bruken av heroin og andre opioider, siden dette er personer som vanskelig nås eller lar være å svare på slike undersøkelser.

### 2.3.2 Hvorfor fokus på brukere med omfattende og langvarige rusmiddelproblemer

Helsetilsynets landsomfattende tilsynsrapport fra 2005 viste at brukere med rusmiddelproblemer var *marginalisert og underprioritert i forhold til tilgang til tjenesterettigheter*. Videre beskrev Helsetilsynet i sin landsomfattende tilsynsrapport fra 2006 at brukere med rusmiddelproblemer blant annet var utsatt for et tjenestetilbud som var preget av manglende kompetanse og kvalitet, men også manglende eller mangelfull etterleving av faglige retningslinjer, kravene i lovgivningen ble ikke fulgt og til slutt manglende helhet og sammenheng i tjenestetilbudet.

Dette manglende, eller mangelfulle tjenestetilbudet kan ha sammenheng med at brukere med omfattende rusmiddelproblemer har lav status i vårt samfunn og ofte blir karakterisert som lavest på rangstigen. De har hatt få sterke støttespillere som kjemper for deres rettigheter (Humerfelt, 2005b). Først i 1996 ble RIO som er Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon startet, en politisk nøytral interesse organisasjon, men som pr. sommeren 2011 har utviklet seg til å ha kontorer over hele landet. I de siste årene har RIO mottatt økonomisk støtte til drift både fra stat og flere kommuner. I 2006 ble også FHN som er Foreningen for en Human Narkotikapolitikk etablert. Både RIO og FHN blir i dag brukt av politiske myndigheter som høringsinstans for fremtidige satsinger innen rusmiddelfeltet. Videre er brukerorganisasjoner blitt etablert i enkelte byer, eksempelvis Oslo, Stavanger og Tromsø. Det har vært liten støtte å hente hos samfunnstoppene, men i 2008 kunne vi lese i avisene om politiet og helseministeren som engasjerte seg i helse- og sosialtjenestene til brukerne (Verdens Gang, 2008; Aftenposten, 2008). I løpet av det siste året har også Thorvald Stoltenberg og Kofi Annan engasjert seg og rettet søkelyset mot en mer human narkotikapolitikk. Dette kan vitne om en endring i oppmerksomheten mot brukere med rusmiddelproblemer, som har skjedd kun de siste årene mens denne avhandlingen er blitt skrevet.

Allikevel er situasjonen i dag for mange brukere med rusmiddelproblemer, også de som deltok i denne studien, at de forblir sosialhjelpsmottakere over lang tid, noe som kan dreie seg om flere år. De er ofte *langtidsmottakere* som vil si at de i følge norsk



offentlig statistisk begrep har mottatt sosialhjelp i seks måneder eller mer i siste kalenderår (SSB, 2006). Det var tilfelle for alle brukerne som deltok i denne studien. En studie som bygger på svar fra 562 langtidsmottakere i 14 av kommunene som deltok i det nasjonale forsøket, *Tiltaksforsøket* (2001–2004) viser at minst 47 prosent av langtidsbrukerne av sosialhjelp har eller har hatt problemer med narkotika eller alkohol (Lødemel og Johannessen, 2005). Samtidig antas det her at rusmiddelproblematikk blant langtidsmottakere av sosialhjelp er underrapportert. I studien ble 66 personer av det opprinnelige utvalget vurdert av helse- og sosialarbeiderne til å ha for store rusmiddelproblemer til å delta i undersøkelsen. Da er det rimelig å tro at frafallet er stort i denne gruppen (Lødemel og Johannessen, 2005).

I St.meld. nr.9 (2006-2007) *Arbeid, velferd og inkludering*, kommer det frem at i 2004, var 76 800 personer av 129 300 sosialhjelpsmottakere i løpet av årene 1998-2004 langtidsmottakere. Det gis ikke presise tall, men det angis at langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp i gjennomsnitt har lav utdanning, svak arbeidsmarkedstilknytning sammenlignet med befolkningen for øvrig og de oppgir å ha svak helse, spesielt når det gjelder psykiske plager, og ”mye rusmisbruk sammenlignet med andre grupper” (St.meld. nr.9 (2006-2007), s. 220). Brukere med rusmiddelproblemer er også nevnt som langtidsmottakere av sosialhjelp i *Handlingsplan mot fattigdom* (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2008). Selv om tallene er usikre, viser tallene at en stor andel av langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp har rusmiddelproblemer. Hvorfor er brukere med rusmiddelproblemer så høyt representert? Økonomisk sosialhjelp er ment for en kortere periode, ikke for flere år som mange brukere med rusmiddelproblemer erfarer. Slik sett kan en tenke at brukerne er på feil sted i systemet i forhold til sitt tjenestebehov. Kan denne feilplasseringen ses i sammenheng med helsetilsynets funn om at brukere med rusmiddelproblemer underprioriteres i helse- og sosialtjenester?

Forskning viser også at mange av brukerne med omfattende rusmiddelproblemer har komplekse behov. Fekjær (2009, s. 95) skriver at ”(..) de fleste ”tunge” stoffmisbrukere har hatt store problemer allerede før de ble narkomane”. Han refererer til en undersøkelse foretatt av SIRUS (Lauritzen, Waal, Amundsen og Arner, 1997) av brukere med

omfattende rusmiddelproblemer (antall (N)= 974) født rundt 1960 som viser at for litt over halvparten, 53 prosent, hadde en eller begge foreldre med alkoholproblemer, 33 prosent hadde vært under barnevernet og samme prosentandel hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen. 38 prosent hadde vært utsatt for mobbing og hele 70 prosent hadde læring og atferdsproblemer i skolen. Undersøkelsen viser også en overhyppighet på svært ung debutalder for kriminalitet med 15,9 år som gjennomsnittsalder for første arrestasjon.

En annen SIRUS undersøkelse (Melberg, Lauritzen og Ravndal, 2003) tar for seg 462 brukere med omfattende rusmiddelproblemer i ulike behandlinger, hvor det ble brukt anerkjente psykiatriske diagnoseverktøy til å bedømme deres psykiske helse. Funnene viser at 61 prosent av brukerne var diagnostisert med depresjoner, 58 prosent med angst, 52 prosent med antisosial personlighetsforstyrrelse og 27 prosent med borderline personlighetsforstyrrelse. Videre hadde 62 prosent hatt tanker om selvmord, 46 prosent hadde forsøkt selvmord. Tallene gir en oversikt over en psykiatrisk oversykkelighet og mye menneskelig lidelse hos brukerne *før* behandling.

Samtidig sier ikke disse dataene noe om samspillet mellom rusmiddelbruk og psykisk lidelse og om det ene kan forklare det andre eller ikke. Denne ”høna og egget” diskusjonene har vært et stadig tilbakevendende tema innen rusfeltet, uten at en er kommet frem til en klar konklusjon om dette. Samtidig er det epidemiologiske studier som dokumenterer at personer med alvorlig psykisk lidelse har større tilbøyelighet til også å ha ruslidelse enn generelt i befolkningen. Det vil si at rundt 50 prosent av brukere med alvorlig psykisk lidelse har livstidsforekomst av ruslidelse og 25- 35 prosent har et aktiv rusmiddelbruk (Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2006, s. 35). Hva man er blitt enige om er fire mulige hypoteser eller forklaringsmodeller (Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2006). Den første er *fellesfaktormodellen*, hvor en tenker at det er samme årsaksfaktorer bak utviklingen både av psykisk lidelse og av rusmiddelbruken. Den andre er *selvmedisineringshypotesen* / *supersensitivitetsmodellen*. Her legger en til grunn at den psykiske lidelsen er årsaken til rusmiddelbruken. Den tredje er *skademodellen*, hvor en ser rusmiddelbruken som årsaken til den psykiske lidelsen. Til sist den *gjensidige påvirkningsmodellen*. Her

forstår man det som at rusmiddelbruken og den psykiske lidelsen påvirker hverandre gjensidig og fører til en forsterkning av begge.

Forskning viser også at 33 prosent av brukere med omfattende rusmiddelbruk har fysiske problemer. I en SINTEF-rapport (Kurtze og Eide, 2003) oppga brukere med rusmiddelproblemer at de hadde kroniske fysiske skader eller sykdommer som påvirket livsførselen. 52 prosent av metadonbrukerne oppga å ha slike plager. En del av disse problemene må kunne ses i sammenheng med langsiktige helseskader av rusmiddelbruken. I forskningsarbeidet til denne avhandlingen ble det ikke systematisk kartlagt hvilke skader den enkelte bruker hadde, men flere av dem fortalte om dårlig helse og mange bar åpenbart preg av det. Gjennom forskning vet vi at de ulike stoffene kan gi ulike skader, men også at det er individuelle variasjoner. Det er for omfattende å ta for seg de ulike skadene, men kort sagt kan flere av de *somatiske langtidshelseskadene* knyttes til livsstilen, eksempelvis dårlig ernæring, økt risiko for ulykker, dårlig tannhelse og seksuelt overførbare sykdommer. Samtidig er de brukerne som injiserer stoffet utsatt for ødelagte blodkar, skade på vev ved bomskudd, blodpropp i armer og bein, ulike typer smitte som hudinfeksjoner, hepatitt, HIV og bakterieinfeksjoner som går i blodet og som kan gi infeksjon i hjerteklaffen (Evjen, Øiern og Bo Kielland, 2007; Fekjær, 2009). De ulike rusmidlene kan også gi *psykiske langtidsskader*. De ulike rusmidlene kan gi ulike skader. Eksempelvis kan omfattende og langvarig bruk av cannabis gi langtidsvirkninger i form av sløvhets, apati, nedsatt konsentrasjon, innlæringssvikt, nedsatt motivering og økt risiko for angst og depresjon (Evjen, Øiern og Bo Kielland, 2007, s. 75). Forskere mener at langvarig bruk av cannabis også kan gi økt risiko for psykotiske lidelser (Storvoll, Rossow, Moan, Norström, Scheffels og Laurantzen, 2010, s. 37) og former for hjerneskade som gir seg uttrykk i kognitiv svikt og sannsynligvis schizofreni (Solowij & Micjje, 2007; Løberg, 2010). Sentralstimulerende stoffer som amfetamin kan gi søvnløshet og akutt psykose (Evjen, Øiern og Bo Kielland, 2007, s. 77). Samtidig er det komplisert å fastslå om en skade eller et problem kan tilskrives det ene eller det andre stoffet eller kombinasjonen av dem. Barbor og flere medarbeidere (2011) har tatt for seg internasjonal forskningslitteratur om narkotikaskader og problemer, oppsummerer dette i fem hovedkategorier av helseskader, hvor tre av dem primært relateres til langvarig bruk. Det er: 1) Ikke-

smittsomme somatiske sykdommer som hjerte – og karsykdommer, lungesykdommer og ulike smertetilstander, 2) Psykiske lidelser. I tillegg til at narkotikaavhengighet i seg selv klassifiseres som en psykisk lidelse, henger narkotikabruk også sammen med flere andre psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelser og depresjon, og 3) Smittsomme sykdommer som hepatitt B, hepatitt C og HIV.

Forekomst av fysiske, psykiske og sosiale problemer vist også i datamaterialet i denne studien, noe som bekreftet at brukerne hadde behov for *sammensatte og langvarige tjenester* som er kriteriene for *å ha rett til en individuell plan*. Dette kommer jeg tilbake til i teksten under utvalg.

### 2.3.3 Begrepet; brukere med rusmiddelproblemer

Brukere med rusmiddelproblemer kan omtales med mange begreper, som narkomane, stoffmisbrukere, tunge misbrukere eller bare misbrukere eller rus(middel)avhengige som er blitt mye brukt de siste årene. Dette er begreper som har utviklet seg innen rusmiddelfeltet som er *lite* presise og i noen tilfeller *dårlig* norsk (Skretting, 2010). Jeg har derfor valgt å diskutere og argumentere for valg av begrepet; brukere med rusmiddelproblemer.

Begrepet bruker er et konstruert begrep som er tatt i bruk de siste 20 årene, da *klient*-begrepet ble forbundet med negative konnotasjoner i form av å virke stigmatiserende, og antyde noe nedverdiggende og passivt (Humerfelt, 2005a). Dette bidro til et skifte til begrepet *bruker* som skulle indikere en normalisering, da vi alle er brukere av offentlige tjenester en eller annen gang i livet. Hensikten med å skifte begrep var også å skape en meningssammenheng som var i takt med tiden og det norske samfunns felles kulturelle konvensjoner. I den sammenhengen mente man at brukerbegrepet var knyttet til positive konnotasjoner, som noe offensivt og aktivt. Det er dette som kalles eufemisme som vil si ”å tale med snille ord” (Heradtsveit og Bjørge, 1996). Hvorvidt dette er snille ord i tilknytning til brukere med rusmiddelproblemer kan diskuteres, da konnotasjoner er kontekstavhengig. Blant brukere med rusmiddelproblemer har begrepet bruker helt

andre konnotasjoner, enn de tilskuede positive. Brukere som aktivt bruker rusmidler kaller hverandre for "brukere" (Humerfelt, 2005b,) og alt utstyret de benytter for å få i seg rusmidlene, slik som sprøyter, skjeer, piper og så videre, kaller de bruker-utstyr. Samtidig er bruker et begrep som ofte brukes i offentlige publikasjoner. I veileder "...OG BEDRE SKAL DET BLI!" (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 a, punkt 6.3) defineres bruker slik: "Med brukere menes i denne strategien personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte som pårørende eller barn". Brukerbegrepet er slik sett knyttet til enkeltmennesket eller grupper som direkte benytter seg av tjenester innenfor forvaltningen eller indirekte blir berørt. Til tross for at brukerne selv ikke har de samme positive konnotasjonene, har jeg valgt å benytte begrepet bruker. Begrunnelsen er knyttet til at personer som selv har eller har hatt rusmiddelproblemer sier at de ikke finner noe bedre begrep i en helse- og sosialtjenestesammenheng. Begrepet *bruker* er derfor valgt, i den intensjon å vektlegge det allmenne ved å ha behov for og benytte seg av helse- og omsorgstjenester.

Videre har jeg valgt å benytte *bruker med rusmiddelproblemer* i stedet for *misbruker*. I lov om sosiale tjenester §§ 4-1 og 4-2 ble det anvendt "å komme bort fra sitt misbruk". Men hva menes med begrepet misbruk? Misbruk og misbruker er vanskelige begreper, for hva er et misbruk og hvor er grensen mellom bruk og misbruk? Handler det om omfang, type rusmidler eller konsekvenser av bruken? Noen velger å knytte begrepet "tunge" til misbruker. Men hva er tungt? Henviser det til bruk over tid, *gateway-drug*, som kan oversettes til karrierestigen fra øl til heroin? (Pedersen, 2000, s. 35; Fekjær, 2009, s.98) Eller er det typen rusmidler som regnes som tunge, som heroin, eller mengden av inntak av et rusmiddel, uansett om det regnes som tungt eller ikke, eksempelvis hasj, hver dag? Ved å anvende begrepet misbruker står en i fare for å redusere personen til kun å være en misbruker og vedkommendes andre sider og identiteter utelates (Wright, 1994, s. 161). Det samme gjelder begrepene *narkoman* eller *stoffmisbruker*. Konsekvensen ved slike ladede identitets- og personkarakteristikker er at de ofte reduserer kompleksiteten i en persons liv til kun de trekk som tilsynelatende er mest betydningsfulle og relevante (Asmussen og Jöhnke, 2004, s. 13). Begreper kan på den måten bidra til at omverdenen tillegger disse personene egenskaper som er stereotype. Eksempelvis omtaler media og vandrehistorier ofte personer med

rusmiddelproblemer som at de er ”grunnleggende sett fullstendig amoralske, løgnere, bedragerer, manipulerende, aggressive og farlige” (Furuholmen, 1987, s. 33; Furuholmen og Schanche Andersen, 2007). Disse nedlatende stereotypiene bidrar til at brukere med rusmiddelproblemer i store deler av den vestlige verden, som i Norge har lav status i samfunnet.

I den senere tid er *rusavhengig* blitt et begrep som ofte benyttes innen rusmiddelfeltet og er kanskje det mest politiske korrekte. Til tross for dette har jeg valgt *ikke* å benytte begrepet, da jeg som tidligere beskrevet ikke ser det som vesentlig for studien å trekke slutninger eller diskutere hvorvidt brukerne kan defineres som rusmiddelavhengige, eller ikke. I tillegg kan begrepet assosieres til bestemte forklaringsmodeller og diagnoser, som kan tolkes som at det er mer eller mindre umulig å komme ut av livssituasjonen (Amundsen, 2010), noe som ikke var ønskelig.

Begrepet *bruker med rusmiddelproblemer* anvendes for å unngå egenskapsbeskrivelser som er negative og eller reduserer menneskets identitet til kun å være knyttet til bruken av rusmidler. Ved å anvende dette begrepet rettes søkelyset verken mot et spesielt rusmiddel eller hvorfor og hvordan bruker benytter rusmidler, men åpner opp for at bruker kan ha et inntak av rusmidler som kan spenne fra å anvende legale og illegale rusmidler i kontrollerte former til et inntak hvor hverdagen er styrt av å tilfredsstille behovet for rusmidler. Begrepet bruker benyttes derfor som en avstigmatisering, og bidrar til at brukerne kan fremstå like forskjellig som alle andre. Og til slutt, brukerbegrepet angir noe mer enn bare å motta, derfor benyttes heller ikke begrepet *tjenestemottaker*, som myndighetene anvender i publikasjoner tilknyttet individuell plan.

Underveis i avhandlingen benyttes både begrepet *bruker* alene og *bruker med rusmiddelproblemer*. Når begrepet bruker anvendes alene, henspiller det alltid på bruker med rusmiddelproblemer, da ”bruker med rusmiddelproblemer” kan bli noe langt å benytte hver gang.

## Kapittel 3 Kunnskapsoppsummering, problemstilling og formål

Utviklingen av individuelle planer kan ses i sammenheng med ”The Community mental Health Movement” som ble introdusert på 1960 tallet i USA (Lorensen og Berge, 2006, s. 1; NOU 2010:3). Utgangspunktet var å utvikle metoder og tilnærminger for å kartlegge effekter av tjenester og tiltak, hvor Goal Attainment Scaling (GAS) er et eksempel på en slik tilnærming (Kiresuk, Smith og Cardillo, 1994). Målavklaring og sikring av at helse- og sosialarbeiderne og brukerne arbeidet mot samme mål, var sentralt i dette arbeidet. Arbeidet med GAS frem til 1990- tallet førte til ca. 60 doktoravhandlinger (Lorensen og Berge, 2006, s. 1). Ulike former for slike metoder og tilnærminger har utviklet seg i flere land, og de har blitt omtalt med flere begreper, som eksempelvis *transmural care* (Nederland), *shared care* (Storbritannia) og *managed care* (USA). WHO (World Health Organization, 1986; World Health Organization, 2005) har valgt å benytte begrepet *integrated care* som kan anses som et overordnet begrep (Leichsenring, 2004; Åhgren, 2007). WHO har definert formålet med integrated care til å være å forbedre tjenestene i forhold til koordinering, tilgang, kvalitet, brukertilfredshet og effektivitet.

I Norge, Danmark, Sverige, Nederland, England og USA har man i denne sammenheng utviklet individualiserte planer (NOU 2010:3). Disse planene har litt ulikt preg, men de er basert på mye av den samme grunnleggende tenkningen (Burns, 2008). De vektlegger koordinering og målavklaring, og i mer eller mindre grad også verdier som menneskerettigheter, brukermedvirkning, brukerstyring, deltakelse, myndiggjøring, mestring og selvhjelp. Målgruppen er for alle landene nevnt ovenfor, personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester uavhengig av diagnose, sykdom eller funksjonshemming. I det store og det hele dreier dette seg om tilnærminger hvor en søker å koordinere de mange tjenestene som den enkelte bruker kan ha behov for, og i den sammenheng er brukermedvirkning sentralt for at tjenestene skal bli helhetlige og individuelt tilpasset.

I dette kapitlet redegjøres det for eksisterende litteratur og forskning. Søkene er hovedsakelig begrenset til studiens tre komponenter med tanke på å belyse problemstillingens kunnskapskontekst. Videre beskrives relevante forskningsbehov og hvordan denne studien er plassert inn i dette. Til slutt beskrives studiens formål og problemstilling presiseres.

### 3.1 Et systematisk litteratursøk

Jeg har foretatt et systematisk søk på eksisterende forskning og annen relevant litteratur som samsvarte med inklusjonskriteriene i studien og som effektivt ekskluderte irrelevant litteratur. På den måten har jeg anstrengt meg for å få kunnskap om hva vi vet om hva som fremmer og hemmer målsettingen med individuell plan. Til deler av dette arbeidet involverte jeg en bibliotekar. Jeg benyttet søkeprogrammene Bibsys Ask, bibliotek.dk, bibliotek.se, Idunn.no, ForskDoc, Google Scholar, MEDLINE og NorArt for å søke nordiske publikasjoner. Av fagdatabasene ISI, Academic Search Elite, SpringerLink, ScienceDirect, Scopus, SocIndex, Eric (Ebsco) og PsycInfo viste det seg at Scopus var den beste basen for mitt formål. Den ga flest treff innen internasjonal litteratur som jeg vurderte som mest treffende i forhold til studiens problemstilling.

Emneordet "*individuell plan*" og nordiske, engelske relaterte begreper til individuell plan har jeg anvendt som selvstendig kategori. "*Brukermedvirkning*" og "*brukere med rusmiddelproblemer*" og andre nordiske og engelske relaterte begreper til dette har vært brukt som kategorier i sammenheng med den selvstendige kategorien "*individuell plan*". I nordisk språklige databaser anvendte jeg emneord som; *rus*, *rusmidler*, *rusproblematikk*, *droger*, *bruker*, *bruger*, *brukar*, *misbruker*, *misbruger*, *missbruker*, *rusmisbruker*, *narkotika*, *brukermedvirkning*, *brugerindragelse*, *inflytande*, *delaktig*, *brukerperspektiv*, *brugerperspektiv*, *brukarperspektiv*, *individuell plan*, *handleplaner* og *sociale handleplaner*, hver for seg og i ulike kombinasjoner. For å få til et utvidet søk, inkluderte jeg tekstord *rusavhengig*, *narkoman*, *pasient*, *borger*, *klient*, *langtidssosialmottaker*, *sosialtjeneste* og *helsetjeneste* for å få tak i det som ikke emneordene dekket (Bjørndal, 2006) for å fange opp så mange som mulig av relevante



referanser. I de engelskspråklige basene var det nødvendig å benytte flere begreper, da denne type tilnærming som individuell plan er en del av, benevnes med flere begreper på engelsk. Jeg valgte å benytte søkeordene; *case management (CM)*, *integrated care*, *integration of care*, *assertive community treatment (ACT)*, *collaborative care*, *cooperative care*, *coordinated care*, *coordination of care*, *care plans* og *seamless care*. Disse søkeordene knyttet jeg systematisk, på lik måte som i det nordiske søket, til søkeord som var relatert til brukere med rusmiddelproblemer og brukermedvirkning; *drug users*, *substance abuse*, *addiction*, *drug addiction*, *misusers*, *opioid users*, *involvement*, *user involvement*, *empowerment* og *participation*. Emneord og tekstord som beskrev en kategori ble kombinert med eller/or, og til slutt alle kategorier med og/and. Søket ble loggført umiddelbart for å kunne dokumentere søket, men også for å kunne gjenta det. I søket var jeg mest interessert i publikasjoner inntil ti år tilbake i tid.

Det var til dels komplisert å finne forskning som kombinerte studiens tre komponenter. Jeg søkte derfor også etter annen relevant litteratur, også det som Bjørndal (2006, s. 27) benevner som ”grå litteratur”, som er studier og oversikter som er presentert på konferanser og rapporter utgitt av enkeltinstitusjoner. Litteratursøket er også basert på nøyte granskning av litteraturlister i forskning, bøker, rapporter, abstrakter og artikler.

### 3.1.1 Søk på studiens tre komponenter

I engelskspråklige publikasjoner finnes det en mengde forskning på ulike *målrettete, koordinerende og brukerorienterte tilnærminger*, som er overførbart til de norske helse- og omsorgstjenestenes individuelle planer. Eksempelvis ga et søk på Scopus med tidsramme på 2002-2012 og med emneordet "*Case management*" 7528 treff og emneordet "*Integrated care*" ga 1396 treff. Dette var treff som inneholdt "alle" problemområder. Ved kobling av disse søkeordene til relevante begreper på engelsk for *brukere med rusmiddelbruk* og *brukermedvirkning* ble antatt treff redusert. Disse søkene ga eksempelvis pr. januar 2012 på fagbasen Scopus, begrenset til tidsrammen 2002-2012 og søkeordene ""*Case management*" AND *drug users*" 118 treff, ""*Case management*" AND *addiction*" ga 291 treff, og ""*Case management*" AND *substance abuse*" ga det største treffet på 682. Søkeordene ""*Integrated care*" AND *drug users*" ga

kun 14 treff og ""*Integrated care*" AND *addiction*" ga 52 treff. Et søk på ""*Integrated care*" AND *user involvement*" ga kun 14 treff og ""*Integrated care*" AND *participation*" ga 57 treff. Flere av treffene var mer knyttet til brukernes tilleggsproblematikk som HIV/AIDS, hepatitt og hjemløshet, enn til rusmiddelproblematikken eller til selve planarbeidet. Disse studiene fant jeg ofte mindre relevante, da fokuset på tilleggsproblematikken var svært dominerende. Jeg snevret derfor inn søket til publikasjoner med forholdsvis lik informantgruppe som i denne studien. Det vil si brukere med ulike former for rusmiddelproblematikk og psykiske lidelser, men søkte også studier som fokuserte på selve planarbeidet. Innenfor dette søket viste det seg vanskelig å finne større studier fra Norden, til tross for at "case management" i økende grad er blitt vanligere innenfor rusmiddelområdet (Alexander, Nahra, Lemark, Pollack, Campell, 2008; Abbott, 2010). Unntaket var et treff som det redegjøres for senere i dette kapitlet.

Innen nordiskspråklige publikasjoner finnes det generelt begrenset forskning og litteratur om individuell plan, og det som eksisterer er mest fagutviklingsstudier og evalueringer sett i tidsrommet 2002-2012. Eksempelvis resulterte et enkelt søk i januar 2012 henholdsvis på den danske Bibliotek.dk basen til kun 24 treff med emneordet "*handleplaner*" og sammen med "*sociale*" ga det ingen treff. Tilsvarende ga den svenske basen Bibliotek.se kun 34 med emneordet "*individuell plan*". I den norske bibliotekbasen (Bibsys Ask) og med avkryssing på ForskDok publikasjoner og med emneordet "*Individuell plan?*" ga dette henholdsvis 174 og 30 treff. NorArt ga ingen treff. Treffene i alle de tre nordiske landene rommet alle typer individuelle planer innen helse- og omsorgstjenestene, men også andre planer som individuelle opplæringsplaner innen skoleverket. Flere pasientgrupper var representert, men den største var uten tvil innen psykisk lidelse. Totalt sett ga treffet en oversikt som viste at det i Norge pr. jan 2012 kun er to relevante doktorgradsavhandlinger (Holck, 2004; Hansen, 2007), og i Sverige to (Karlsson, 2007; Jarhag, 2010). Søkene kan tyde på at det er mer oppmerksomhet rettet mot individuell plan i Norge, enn i Danmark og Sverige. I Norge er det publisert noen bøker (eksempelvis; Thommesen, Normann og Sandvin, 2008; Thommesen, 2010; Bredland og Linge, 2011), noen artikler (eksempelvis: Lidal og Røhme, 2006; Michaelsen, Vatne og Hollingen, 2007;) en rekke rapporter som viser til

mindre undersøkelser og evalueringer, kompetanserapporter og tipshefter (eksempelvis Fosse, 2002; Ruud og Reas, 2003; Einbu og Lian, 2005; Andvig, 2006; Aune, 2006; Lorentsen og Berge, 2006; Nilsen, 2006; Tellevik, Nærland, og Martinsen, 2006; Hopen og Haugen, 2007; Grut, 2007; Killingmo, 2008; Bakke, 2009; Fjæran-Granum, 2011) og offentlige publikasjoner. Treffet viser også at det i løpet av de siste årene er skrevet flere mastergradsoppgaver innen helse- og sosialfag (eksempelvis; Ådnøy, 2005; Bakke, 2005; Bull, 2006; Moe, 2007; Røthing, 2007; Tosterud, 2007; Hollingen, 2008; Strøm, 2008; Hagstrøm, 2010; Holmelin, 2010; Sivesind 2010; Riiser, 2011; Ødegård, 2011). Ved litteratursøk i Norge kommer en ikke utenom SKUR (Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering) som ble etablert som et statlig finansiert prosjekt ved høgskolen i Bodø i 2000 (Thommesen, Normann og Sandvin, 2008). SKUR har hatt en dominerende rolle i forhold til implementering av individuell plan. Dette i form av utarbeiding av første nasjonale veileder, landsdekkende etterutdanning i rehabilitering og individuelle planer, og produksjon av flere rapporter (Eksempelvis: Thommesen, 2004; Fredriksson, 2006; SKUR, 2006a; SKUR, 2006b; SKUR, 2006c) og bøker i regi av Thommesen et al., som det er referert til over.

### **3.1.2 Resultat av søket på studiens tre komponenter**

Myndighetenes målsetting om at individuell plan skal bidra til *koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester* (Helsedirektoratet, 2010) må etter min mening ses i sammenheng med at dette også bidrar til at *den enkelte bruker får hjelp til sine rusmiddelproblemer*. Flere studier viser til at dette ikke nødvendigvis er sammenfallende. Eksempelvis vises dette i en dansk studie, som er en systematisk gjennomgang av eksisterende litteratur for å få kunnskap om case management, og i dette var case manager (koordinator) inkludert (Hesse, Vanderplasschen, Rapp, Broekaert, Fridell, 2007). De benyttet blant annet Cochrane Controlled Trials Register, MEDLINE, EMBASE, LILACS, PsycINFO, Biological Abstracts. De foretok en randomisert kontrollert studie som sammenlignet en spesiell type case management med andre tilnærminger som er vanlige innenfor dette feltet. Inklusjonskriterier var at informantene minst måtte ha enten alkohol- eller narkotikaproblemer. Resultatet i denne

studien viser til at case management kan fremme koordinering av de ulike tjenestene, men funnene viste også at det ikke finnes evidens for at case management bidrar til at brukerne endrer sitt rusmiddelbruk (Hesse, Vanderplasschen, Rapp, Broekaert, Fridell, 2007). Dette er funn som også bekreftes i en amerikansk undersøkelse basert på 503 informanter som mottok behandlingen for sine rusmiddelproblemer i eller utenfor institusjon (Hall, Sarrazin, Huber, Vagun, Block, Reedy, Jang, 2009). Informantene deltok enten i en styrket variant av case management, eller en behandling som vanlig (treatment as usual). I løpet av undersøkelsestiden på 12 måneder ble informantene testet ved inntak, underveis og ved avslutning. Heller ikke denne studien viser at case management har signifikant påvirkning på behandlingsresultatet i forhold til brukernes rusmiddelproblemer. Samtidig er ikke disse funnene entydig, noe som viser seg i en annen amerikansk studie som eksplisitt fokuserte på tilnærmingen; assertive community treatment (ACT) i forhold til brukere med dobbeldiagnose (Manuell, Covell, Jackson, Essock, 2011). Utvalget bestod av 198 informanter som ble fulgt i tre år, enten med ACT eller standard oppfølging. Resultatet viser at ACT bidro til *bedre helse* for brukerne enn hva standard oppfølging gjorde. Noe som også kan antyde at brukerne fikk hjelp til sine rusmiddelproblemer. Totalt sett viser allikevel disse funnene til at det ikke nødvendigvis er slik at case management bidrar til at brukerne får hjelp til sine rusmiddelproblemer.

Hansens (2007) doktorgradsavhandling representerer en systematisk gjennomgang av individuell plan med et fokus på brukernes medvirkning i ansvarsgrupper innen kommunalt psykisk helsearbeid. Gjennom intervju av ansatte og observasjon i ansvarsgrupper var Hansens målsetting å fremskaffe kunnskap om hvorvidt individuell plan bidro til koordinerte, helhetlige og tilpassete tjenester basert på brukermedvirkning. Resultatene viser at selv om koordinatoren tok ansvar for at tjenestene ble koordinerte og helhetlige, var det den individuelle planen som var avgjørende for å nå denne målsettingen. Dette er funn som også støttes av Thommessen (2009). Samtidig viser undersøkelser at koordineringen er mangelfull. Eksempelvis foretok redaktøren for *International Journal of Integrated Care* en oppsummering av artikler i tidsskriftet siden 2000 (Goodwin, 2011). Han konkluderer med at forskning viser at det er *koordineringen som svikter* i mange deler av systemet. Dette bekreftes også

eksempelvis i en undersøkelse fra USA som belyste forholdet mellom case management og utnyttelse av helse- og sosiale tjenester for brukere med rusmiddelproblemer utenfor institusjon (Alexander, Pollack, Nahra, Wells, Lemark, 2007). De samme resultatene viser seg også i en studie som rettet fokus mot koordinatorene (case managers) og brukernes tjenestebehov (Abbott, 2010). Undersøkelsen var basert på spørreundersøkelse av 189 pasienter, hvor de i løpet av et tre års program for opioidbehandling ble testet tre ganger. Resultatet viser at de kritiske punktene for oppfølgingen er når ansatte fra ulike sektorer skal samarbeide og bli enige om brukernes tjenestebehov, eksempelvis i form av transport og tannlegebesøk, men også røykereglar og emosjonell støtte. Den mangelfulle koordineringen støttes i andre studier (Lorentsen og Berge, 2006; Rapp, Otto, Lane, Redko, McGatha, Carlson, 2008).

En måte å forstå hva som kan hemme at tjenestene blir koordinerte kan kanskje ses i sammenheng med funn i Holck (2004) sin doktorgradsavhandling. Hun har undersøkt *individuell plan* som en del av flere elementer for hva som kjennetegner hendelsesprosesser rundt barn og unge med funksjonsnedsettelse, og hvordan de kan ha sammenheng med kommune og bydeltilhørighet. Slik har verken undersøkelsen fokus på brukermedvirkning eller brukere med rusmiddelproblemer, men tas med her da *individuell plan* har en såpass stor plass. Studien er basert på intervju av 36 foreldre til barn og unge med funksjonsnedsettelser, kommunale aktører (ledere og ansatte) fra 9 kommuner og bydeler og dokumentanalyse av ansvarsgruppereferater, individuelle planer, og organisasjonskart. Konklusjonen hennes er at aktørene ikke i tilstrekkelig grad tok hensyn til ”avhengighetsforholdet” mellom etatens ulike oppgaver, sammenhenger mellom faglige og administrative oppgaver og manglende miljømessig tilrettelegging, og at dette hadde sammenheng med kommunenes og bydelenes systemegenskaper. Disse funnene kan vise til nødvendigheten av en forankring av ansvaret for individuell plan både på system- og personnivå, og forpliktende samarbeidsformer på tvers av fagområder og forvaltningsnivå (Michaelsen, Vatne og Hollingen, 2007). Goodwins (2011) oppsummering viser at den mangelfulle koordinering bidrar til at brukerne får *dårlige erfaringer* med hjelpeapparatet. Dette er sammenfallende med funn fra to mastergrader (Bakke, 2005; Strøm, 2008).

Brukermedvirkning er som tidligere beskrevet sentralt i individuell plan. Holum (2010) arbeider med en doktoravhandling om individuell plan, og har fokus på brukermedvirkning i en av avhandlingens artikler. Hun har foretatt en kvalitativ studie om implementering og bruk av individuell plan i arbeidet med 24 ungdommer / unge voksne med omfattende psykiske problemer. Funnene viser at brukermedvirkning i arbeidet med individuell plan er avhengig av at *relasjonen* mellom bruker og helsearbeider er avklart, selv om denne relasjonen også kan være kompleks. I engelskspråklig litteratur kan det synes som det er lite fokus på hvordan brukerne medvirker i prosessen og relasjonen mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne. Dette bekreftes av Redko, Rapp, Elms, Snyder, Carlson, (2007) som har foretatt en studie i USA med fokus på relasjonen mellom bruker og koordinator. Undersøkelsen var basert på kvalitativ metode og 26 personer med rusmiddelproblemer og deres narrativer. Resultatene viser at det særlig er to faktorer som brukerne mente var vesentlig for en positiv allianse mellom dem og helse- og sosialarbeiderne. Det var at brukerne opplevde å ha personlig kontroll over det å sette mål for fremtiden og en opplevelse av å bli styrket. De fleste brukerne konkluderte med at en positiv allianse med helse- og sosialarbeiderne bidro til at de utviklet *tillit/tiltro (trust)*, *opplevde selvverdsettelse (self-worth)*, og *selvtillit (self-esteem)*. Dette er funn som er temmelig sammenfallende med sluttrapporten fra Samhandlingsprosjektet i 2003 om erfaringer fra arbeid med bruk av individuelle planer innen psykisk helse (Trefjord og Hatling, 2004). I dette prosjektet hadde fagpersoner fra mental helse, psykiatrisk klinikk for voksne og et psykiatrisk senter ansvar for samordning og fremdrift av arbeidet med individuell plan i forhold til fem personer med psykisk lidelse. Fagpersonenes erfaringer ble presentert og drøftet i en arbeidsgruppe som møttes jevnlig i et år, som bestod av to brukerrepresentanter, syv fagpersoner og en prosjektleder. Rapporten viser til en rekke anbefalinger for bruk av individuell plan, blant annet at hvis brukernes ønsker, mål og ressurser blir tatt på alvor, kan arbeidet med individuell *plan bidra til bedre selvtillit hos brukerne, gi større tro på egne ressurser, og et sterkere håp om positive endringer*. Disse funnene kan videre ses i sammenheng med en svensk doktoravhandling om planlegging som strategisk prosess i samfunnet (Jarhag, 2001). I den avhandlingen studeres om individuell plan kan bidra til at personer med funksjonshemming *får større kontroll og innflytelse* over eget liv. Jarhag fulgte 14 funksjonshemmede personer i 10

til 23 måneder og foretok strukturerte og halvstrukturerte intervjuer, observasjoner og dokumentanalyse. Han la vekt på to ulike synssett på hvordan omgivelsene betraktet den funksjonshemmede i planleggingsprosessen; et *med* og et *for* brukerne. Funnene viste at majoriteten i planleggingsprosessene var preget av et *for* brukerne, i stedet for en planlegging *med* brukerne hvor deres kunnskap om seg selv ble anvendt. Han mener at skillet mellom disse to kunnskapene er at *med* kunnskapen er personlig og sosial, mens *for* kunnskapen er intellektuell og instrumentell. I planleggingsprosesser som domineres av en paternalistisk relasjon (*for*) hvor brukernes kunnskap undertrykkes, foregår ingen bemyndigelse. Bemyndigelsesprosesser (*med*) utvikles i relasjoner der brukernes makt etableres med det formål å ha innflytelse allerede fra opprettelsen av den individuelle planen. Koordinatorenes tendens til dominerende deltakelse i samtalen med brukerne bekreftes også i en annen svensk avhandling (Karlsson, 2007) om brukersentrerte samarbeidsmøter med utforming av "Individuella serviceprogram", også kalt ISP-samtaler.

Maktforholdet er også diskutert i den såkalte Pionerkommuneundersøkelsen av Thommesen, Normann, og Sandvin (2008) som er basert på omfattende samtaler med ni brukere og pårørende som ble fulgt opp med intervju av personlige koordinatorene, administrativt ansvarlige og representanter for spesialisthelsetjenesten, i alt 37 personintervjuer. Det ble også gjennomført tre fokusgruppeintervjuer. Fem år etter ble det foretatt tre intervjuer, henholdsvis av en systemkoordinator i Oslo, en generalsekretær for Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og en direktør for Helsetilsynet. Materialet deres dekker hele planprosessen fra oppstart til oppfølging av planen. Resultatene viser viktigheten av "å snu plata", som ble brukt som en metafor for endring av maktforholdet i relasjonen mellom bruker og koordinator, hvor *oppmerksomheten snus fra koordinator til bruker*. Koordinatoren vurderes som "krumtappen" i relasjonen og det er avgjørende at de evner å behandle brukerne som personer, i stedet for saker. Når brukerne ble lyttet til og koordinatoren faktisk tok ansvar for helheten i deres historie, ble denne helheten som representerte "brukerperspektivet" dominerende i forhold til et mer delt fag- og etatsperspektiv. Dette er funn som får støtte i Rehab-Nord sin brukerundersøkelse (Lorentsen og Berge, 2006), hvor 38 brukere av individuell plan ble intervjuet. Hovedkonklusjonene var at det var

store variasjoner i brukernes erfaringer med individuell plan. Til tross for dette mente de at den individuelle planen representerte en kraftfull tilnærming for å fremme mestring og medvirkning for mange brukere, men dette fordrer at brukerne opplever seg sett og møtt på en måte som gjør det mulig for dem å medvirke.

Brukernes variasjon i opplevelse av medvirkning vises også i en hovedoppgave i psykisk helsearbeid (Bull, 2006). Utvalget bestod av fem brukere med erfaring med individuell plan. Hennes funn viser at metoden Koordinering av Psykososialt Arbeid (KPA) kun delvis lykkes i forhold til intensjonen om å fremme medvirkning. Brukermedvirkning ble fremmet av at brukerne fikk mulighetene til å delta aktivt i å komme frem til mål i samarbeidsprosessen. Det som hemmet brukermedvirkning var koordinatorens dominans i arbeidsprosessen, og at brukerne ikke ble hørt og møtt i forhold til det de mente var deres tjenestebehov. Hove (2007) har skrevet en sammenfatning av funn om brukermedvirkning og brukererfaring i tiltaksforsøk, sosialtjenesten og en samordnet forvaltning. Her er både brukere og ansatte intervjuet blant annet om individuell plan. Hove (2007) skriver at individuell plan *kan være et nyttig* redskap for å bevisstgjøre og ansvarliggjøre ansatte og brukerne i konkretisering av mål i tiltaksarbeidet. Individuell plan er *ikke* nok til å individualisere tiltak, men det er heller ikke brukermedvirkning. For at planen skal fungere etter intensjonen er det en forutsetning at både ansatte og brukere deltar aktivt i planprosessen. I 2009 og 2011 ga Helsedirektoratet ut to rapporter om Tillitspersonforsøket (Helsedirektoratet, 2009b; Helsedirektoratet, 2011b). Forsøket gjaldt tillitspersoner med ansvar for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusmiddelrelaterte problemer, og ble gjennomført i perioden 2008-2011. Henholdsvis 30 og 29 utvalgte kommuner deltok høsten 2009 og høsten 2010, og i 10 av disse ble det foretatt kvalitative intervju av tillitspersoner, prosjektleder, samarbeidspartnere og brukere. I begge rapportene presiseres viktigheten av å motivere brukerne for å trekke dem med i utformingen av den individuelle planen. Brukernes opplevelse av planen som nyttig er varierende, men de som er med i utarbeidelsen kan oppleve planen positivt, som et fast og felles holdepunkt.

Disse studiene viser hvor sentral koordinatorens rolle er i relasjonen for brukernes medvirkning. Michaelsen, Vatne og Hollingen (2011) har foretatt flere undersøkelser,



den siste i forhold til ni brukeres erfaringer med nettbasert individuell plan i psykisk helsearbeid. De mener at brukermedvirkning krever at brukerne og helse- og sosialarbeiderne etablerer *partnerskapsroller*. I deres undersøkelse fra 2007 (Michaelsen, Vatne og Hollingen, 2007) har de hatt fokus på koordinatorrollen. Designet var deltakende aksjonsforskning som inkluderte 37 brukere med psykisk lidelse og 12 koordinatore som var psykiatriske sykepleiere. Målsettingen var å undersøke om innføring av nettbasert individuell plan for ”langtidsbrukere” i psykisk helsevern kunne bidra til økt livskvalitet og myndiggjøring hos brukerne. Funnene viser at brukermedvirkning kan hindres av at brukerne er uvant med å medvirke og koordinators utydelige ansvar som også ofte innebærer en dobbeltrolle. De mener det er *behov for opplæring og veiledning* av alle som deltar i ordningen. Dette er funn som får støtte i avhandlingen til Hansen (2007). Han mener at en forutsetning for brukermedvirkning er at brukerne forstår hensikten med å utarbeide en individuell plan og at målene er klare. Videre viser hans funn at ansvarsgrupper kan være en god arena for samarbeid, men det er avgjørende at brukeren har innflytelse og medvirkning, og at dette ikke begrenses av manglende ressurser og et begrenset tiltaksrepertoar.

Til slutt vil jeg ta med en rapport fra Nordnorsk kompetansesenter - Rus (NNK-Rus) som har skrevet en rapport med *anbefalinger* for hvordan det er mulig å *styrke arbeidet med individuell plan for brukere med rusmiddelproblemer* (Gravrok, Andreassen og Myller, 2008). Anbefalingene er basert på flere kompetanseutviklingstiltak som har vært gjennomført som arbeidsseminarer i løpet av tre år overfor kommuner, spesialisthelsetjeneste og brukergrupper i tre fylker. De støtter opp om funnene til Michaelsen, Vatne og Hollingen (2007) som er referert over og mener at *felles referanseramme og forpliktende samarbeid mellom kommune, spesialisttjeneste og andre offentlige instanser* også er vesentlig. Videre anbefaler de at det bør legges til rette for en god *samtaleatmosfære, brukernes samtykke, en enkel systematisk kartleggingsprosess, fokus på ressurser og reell brukermedvirkning for å øke brukernes eierforhold* til planen. Og til slutt at det er viktig å utvikle *positive holdninger til å arbeide med brukere med rusmiddelproblemer* (Gravrok, Andreassen og Myller, 2008).

### 3.1.3 Forskningsbehov

Individuell plan har fra forskriften trådt i kraft i 2001 vært et område for fagutviklingsstudier (Michaelsen, Vatne og Hollingen, 2007). Helse- og omsorgstjenesten har de siste årene brukt betydelige ressurser på implementering av individuell plan, allikevel tyder mye på at dette er en komplisert prosess, og det tar tid (Thommesen, Normann og Sandvin, 2003; Tresfjord og Hatling, 2004; Grut, 2008). Dette bekreftes også i den lave forekomsten av individuelle planer i befolkningen som dokumenteres i Bjerkans pågående doktoravhandling (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesø og Brender, 2011). Funnene om den lave forekomsten er basert på en kvantitativ spørreundersøkelse av 92 tilfeldige kommuner i 2005-2006 i Norge i henhold til indikatorene lokal politikk, populasjon, økonomiske midler til helsetjenester og befolkningens levekår.

En rapport om erfaringer med individuell plan (Grut, 2008) basert på litteratur og offentlig dokumentasjon viser en positiv utvikling når det gjelder kunnskap om individuell plan og formålet med planen. Dette er funn som bekreftes av Thommessen (2009), som har fulgt opp med en evaluering av individuell plan på NAV-kontoret. Datainnsamlingen omfattet dokumentanalyse, fire gruppeintervju, fire individuelle intervju og forespørsler på e-post, og deltakelse i planprosjektets avslutningskonferanse og to styringsmøter. Funnene viser at det er optimisme med hensyn til bruk av individuell plan, men det er uklart for utøverne i praksis hvem som skal utarbeide og drifte individuell plan. Til slutt skriver hun at *brukernes perspektiv er begrenset* dokumentert i planene. Samtidig viser også studier at erfaringer med selve *arbeidsprosessen* i individuell plan er lite dokumentert (Hansen, 2007; Grut, 2008). Dette ser også ut til å bli bekreftet innenfor de engelskspråklige søkene jeg har foretatt.

Til tross for at det eksisterer undersøkelse som fokuserer på brukervedvirkning som vist over, har vi relativt lite kunnskap om hva som *fremmer og hemmer brukervedvirkning* i prosessen med å utarbeide og følge opp en individuell plan (Grut, 2007). Hansen (2007) konkluderer med at det trengs mer forskning om brukervedvirkning. Brukervedvirkning er som tidligere beskrevet *noe som skjer i en*

*relasjon* og i forskrift til individuell plan 2005, 2007 og 2010 er brukermedvirkning knyttet til planprosessen mellom bruker og helse- og sosialarbeider. Det er få studier både innen engelsk- og nordiskspråklige baser som setter søkelyset på *relasjonen* mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne for å studere *brukermedvirkning i arbeidsprosessen* med individuell plan (Redko, Rapp, Elms, Snyder, Carlson, 2007). Helsedirektoratet (2009c) gjennomførte i 2008, 6 regionale konferanser om tilbakemeldinger på individuell plan. Deltakerne var ansatte fra alle deler av offentlig tjenesteapparat og brukere. I oppsummeringen ble tre punkter vektlagt som vesentlig for å lykkes med individuell plan. Et av disse punktene var at brukerne ble *sett og hørt* fra første stund og betydningen av *relasjonen* var sentral.

Samtidig er det få studier som omhandler *brukere med rusmiddelproblemer* og deres meninger og erfaringer med individuell plan og hvilken nytte den har for dem. Dahl som er referert i Asmussen og Jöncke (2004) mener allikevel at det har foregått en del etnografisk rusmiddelforskning i de siste tiår, hvor man har lagt vekt på brukernes virkelighetsforståelse, men at denne forskning er blitt overhørt. Aaslid (2007, s. vii) har en oppfatning av at inntil de siste årene har mye av forskning innen rusmiddelfeltet vært dominert av et positivistisk paradigme, som minimaliserer forskerens involvering og subjektivitet, og brukernes perspektiv har vært dempet og forvrengt (muted and distorted). Thommesen (2008) på sin side har bidratt sterkt i sin avhandling til å fremme brukernes virkelighetsbilde. Hun har foretatt 17 kvalitative intervjuer i den hensikt å formidle hvordan intervjupersonene selv fremstiller og opplever sine psykiske og rusmiddelrelaterte problemer, men også rusmidlenes og bistandsapparatets betydning og innvirkning på deres hverdagsliv og selvforståelse. Lidal og Røhme (2006) mener det er begrenset kunnskap om erfaringer og grad av tilfredshet med individuell plan. De mener at forutsetningen for å oppnå et kvalitativt bedre tjenestetilbud til brukene, er at det forskes på *brukernes nytte av å ha en individuell plan* og at *brukerne trekkes mer med i forskningen* om individuell plan enn det som er blitt gjort tidligere.

Tilsynelatende finnes det *ikke studier om individuell plan hvor brukere og helse- og sosialarbeidere er trukket mere med i forskningsprosessen enn at de er blitt intervjuet og observert som informanter*. I denne sammenhengen kan denne avhandlingen anses

som et bidrag, da den er basert på et design hvor brukere og helse- og sosialarbeidere tidvis er deltakende som "medforskere".

Oppsummerende vil dette si at pr. januar 2012 er det totalt sett begrenset forskning om *individuell plan og dens nytte for brukere med omfattende rusmiddelproblemer*. Det er vanskelig å finne forskning om den *relasjonelle arbeidsprosessen i utformingen av planen*. Videre er det mangelfull forskning om hva som *fremmer og hemmer brukernes medvirkning*, sett ut fra både *brukernes og helse- og sosialarbeidernes synsvinkel*. Med denne avhandlingen prøver jeg å bidra med kunnskap om dette.

### **3.2 Formålet med studien**

Hensikten med avhandlingen er å bidra med kunnskap om individuell plan er et nyttig redskap for brukere med rusmiddelproblemer. Det søkes å bidra med kunnskap om hva som *fremmer og hemmer* muligheten for at individuell plan kan resultere i målet om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete helse- og omsorgstjenester for brukere med rusmiddelproblemer. Her fokuseres det spesielt på å *bidra med kunnskap om hva som fremmer og hemmer brukervedvirkning* i samhandlingen *mellom brukere med rusmiddelproblemer og helse- og sosialarbeidere*. Slik sett er hensikten å gi kunnskap om det som foregår i den *relasjonelle prosessen* med fokus på brukervedvirkning i praksis med individuell plan, både under *utarbeidelse og oppfølging* av planen.

Argumentet for dette særlige fokuset på medvirkning er at brukernes faktiske medvirkning må anses som et grunnelement for at planen skal kunne resultere i målsettingen om helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassete tjenester. Etter min mening er brukervedvirkning en forutsetning for alle disse tre målsettingene, en slutning som også Helsetilsynet trekker (2007). Dette er basert på at brukervedvirkning er en form for kvalitetssikring for tjenestenes treffsikkerhet, i forhold til å kunne tilby både helhetlige og individuelt tilpassete tjenester. For det første, er brukernes beskrivelser av sin situasjon og sitt liv avgjørende for at helse- og sosialarbeiderne skal kunne forstå brukernes komplekse og mangfoldige tjenestebehov (Humerfelt, 2005). Det samme gjelder hvilke mål brukerne har for fremtida. Slik er brukernes medvirkning

forutsetningen for at helse- og sosialarbeiderne skal kunne bistå brukerne med *helhetlige* tjenester. For det andre er brukernes medvirkning forutsetningen for at tjenestene er spesifikke i forhold den enkelte brukers tjenestebehov og målsetting. Da det i dominerende grad er gjennom brukernes beskrivelser at helse- og sosialarbeiderne kan sikre at tjenestene som iverksettes er *individuell tilpasset*. Og til slutt, hvis brukerne ikke har fått medvirket til at tjenestene har utgangspunkt i deres faktiske tjenestebehov og målsetting, er det ingen grunn for å koordinere i disse tjenestene.

Det er *ikke* det ferdige produktet individuell plan som er hovedfokus i denne sammenhengen. Målet er heller ikke å bidra med omfattende generell kunnskap om individuell plan, brukermedvirkning og brukere med rusmiddelproblemer. Formålet er å bidra med *kunnskap* om hva som *fremmer og hemmer utøvelsen av brukermedvirkning i relasjonen mellom brukere med rusmiddelproblemer og helse- og sosialarbeidere*, både i *utarbeidelse og oppfølging av individuell plan* for at tjenestene skal bli *individuell tilpassete, helhetlige og koordinerte*. Interessen er derfor heller ikke å bidra med generell kunnskap om koordinatorens rolle for å koordinere brukernes ulike tjenestebehov, men *spesifikk kunnskap om koordinatorens ansvar for å tilrettelegge for brukernes medvirkning i arbeidsprosessen sammen med andre tjenester som utgangspunkt for koordinering av tjenestene*.

### **3.3 Problemstilling og fokus**

I utarbeidelsen av problemstillingen har jeg vært opptatt av å velge en formulering som kunne bidra med kunnskap om helse- og sosialarbeidernes og brukernes opplevelser og meninger om arbeidet med individuell plan, og da med et særlig fokus på brukere med omfattende rusmiddelproblemer og deres brukermedvirkning. Jeg ønsket å formulere en problemstilling som ikke bare ivaretok, men også tydeliggjorde praksis sett fra *både* brukernes og helse- og sosialarbeidernes perspektiv. Videre ville jeg at problemstillingen skulle kunne favne både det relasjonelle og prosessuelle der og da, men også være fruktbar over tid. Dette arbeidet resulterte i en hovedproblemstilling med fire underspørsmål. Både hovedproblemstilling og underspørsmålene har jeg vurdert

som anvendbare under hele forskningsprosessen. De viste seg å være fruktbare ved at de bidro til ny erkjennelse av kunnskap og har derfor ikke vært endret underveis.

Hovedproblemstillingen er:

- Er individuell plan et nyttig redskap for brukere med rusmiddelproblemer som har sammensatte og langvarige hjelpebehov?

Til problemstillingen stilles følgende spørsmål:

- Hvilke opplevelser og meninger har brukere med rusmiddelproblemer om hva det er som fremmer og hemmer deres mulighet for medvirkning i utarbeidelsen og oppfølgingen av individuell plan?
- Hvilke opplevelser og meninger har helse- og sosialarbeidere om hva det er som fremmer eller hemmer deres arbeid med å tilrettelegge for brukeres mulighet for medvirkning i utarbeidelsen og oppfølgingen av individuell plan?
- Hvilke opplevelser og meninger har brukere med rusmiddelproblemer og helse- og sosialarbeidere om at resultatet av arbeidet med individuell plan skal bidra til koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester?
- Hvilke opplevelser og meninger har brukere og helse- og sosialarbeidere om hva som eventuelt er utfordrende i arbeidet med individuell plan i forhold til brukere med rusmiddelproblemer?

Felles for spørsmålene knyttet til hovedproblemstillingen er å forstå *brukernes og helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger*. Opplevelser henviser til deres egne uttrykk for *emosjoner* der og da om en gitt situasjon, mens meninger viser til deres *kognitive* refleksjoner i fortid, nåtid og fremtid. Denne dobbeltheten retter seg mot det prosessuelle og relasjonelle arbeidet med individuell plan. Å være opptatt av brukernes opplevelser og meninger om brukermedvirkning samsvarer med tidens helse- og omsorgspolitik. Dette er vektlagt i flere relevante politiske dokumenter, blant annet: St. meld. nr. 28 (1999-2000); NOU 2001:22; St. meld. nr. 6. (2002-2003); NOU 2004:18; NOU 2005:3; Opptappingsplan for rusfeltet 2008 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Brukernes opplevelser og meninger om brukermedvirkning er sett i lys av et *rammeverk* bestående av helse- og sosialfaglige, politiske, juridiske, etiske og faglige føringer som er relevante for individuell plan og brukere med rusmiddelproblemer.

## **Kapittel 4 Vitenskapsteoretisk grunnlag og teoretisk tolkningsramme**

I dette kapittelet beskrives og argumenteres det for studiens og problemstillingens vitenskapsteoretiske grunnlag. Først i henhold til kunnskapsgrunnlaget, deretter i forhold til hvilken virkelighetsforståelse som legges til grunn, og i forhold til relasjonelle forklaringer som en nødvendighet for å forstå brukermedvirkning. Før Axel Honneths teori om gjensidig anerkjennelse til slutt presenteres, redegjøres det for valget av denne som en overordnet teoretisk tolkningsramme.

### **4.1 Kunnskapens erkjennelsesgrunnlag**

Problemstillingen med tilhørende spørsmål har fokus på brukernes og helse- og sosialarbeidernes *opplevelser* og *meninger* om praksis med en individuell plan. Opplevelser er som tidligere beskrevet knyttet til informantenes egne uttrykk for sine emosjoner om en gitt situasjon, mens meninger er koblet til deres kognitive refleksjoner i fortid, nåtid og fremtid om den gitte situasjonen. Gjennom dette gir brukerne og helse- og sosialarbeiderne uttrykk for sin *kunnskap* om den praksis som utføres i arbeidet med individuell plan. Det er denne kunnskapen det er søkt å få tilgang til gjennom problemstillingen.

I de siste par århundre har epistemologi vært preget av en diskusjon om hva som er kunnskapens erkjennelsesgrunnlag. I grove trekk har diskusjonen dreid seg om hvorvidt erkjennelsesgrunnlaget er basert på erfaringer hvor erkjennelsen er utledet av sanseerfaringer som innen empirismen, eller menneskets tenkning og evne til å bruke fornuften som grunnlag for erkjennelsen, som innen rasjonalismen. Innen disse tradisjonene søker en etter den evig gyldige og universelle sannhet (Hummelvoll, 2003). Disse erkjennelsesretningene har slik sett vært forbundet med et enhetlig vitenskapsideal; enten i betydningen av at alle vitenskaper bygger på det samme erkjennelsesteoretiske og metodologiske grunnlaget, eller i reduksjonistisk betydning

hvor all erkjennelse kan reduseres til et enkelt system av lovmessigheter, kausale lovmessigheter.

Dette representerer en holdning som tar utgangspunkt i at det eksisterer en objektiv virkelighet uavhengig av menneskets bevissthet. Ved å følge bestemte metoder for å oppnå kunnskap, som eksempelvis deduktiv metode mener en at en kan komme frem til kunnskap som er *objektiv*. Et slikt erkjennelsesgrunnlag omtales gjerne som objektiv epistemologi. Mye av samfunnsvitenskapelig forskning har vært basert på prinsipper innen tradisjonell epistemologisk empirisme, som eksempelvis forskning innen menneskerelaterte fag som medisin og psykologi. Samtidig har disse prinsippene også vist seg å være utilstrekkelige innenfor samfunnsvitenskapelige problemstillinger (Gilje og Grimen, 1993), som i denne studien hvor problemstillingen dreier seg om å få innsikt, forstå og forklare.

Problemstillingens fokus på nettopp det å få innsikt i, forstå og forklare hva som skjer i relasjonen mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne er basert på et epistemologisk grunnlag som viser til et erkjennelsesgrunnlag hvor *individets begrepsfesting og forståelse* vektlegges. Et slikt erkjennelsesgrunnlag har både Friderich Schleimacher (1768-1834) og Wilhelm Dilthey (1833-1911) blant flere vært sterke bidragsytere til innen samfunnsvitenskapen (Aadland, 1997). Deres syn var preget av at åndsvitenskapen / samfunnsvitenskapen og kulturvitenskapen var ideografiske, hvor en siktet på å belyse enkeltstående fenomener som subjektet tolket. Slik mente de at åndsvitenskapen / samfunnsvitenskapen og kulturvitenskapen representerte noe mer individuelt. Denne retningen omtales gjerne som *subjektiv epistemologi*. Det vil si at objektive lover vurderes som uegnet for å favne fenomener som *opplevelser* og *meninger*. Det dreier seg om en erkjennelse av at kunnskap skapes, eksisterer og får betydning for mennesket gjennom menneskets iaktakelse, utpekelse og begrepsfesting. Dette skjer i *sosiale interaktive prosesser*. Dette synspunktet er i sterk kontrast til universelle erkjennelseskriterier, da en subjektiv epistemologisk erkjennelse tar utgangspunkt i det erkjennende subjekt, i dets egne følelser, holdninger og overbevisninger. Det er nettopp denne erkjennelsen som ligger til grunn for



problemstillingen, nemlig de erkjennende brukerne og helse- og sosialarbeiderne, deres følelser, holdninger og overbevisning om praksis med individuell plan.

#### 4.1.1 En flyktig og foranderlig kunnskap

Problemstillingen er tuftet på kunnskapssynet som erkjenner at *kunnskap skapes av mennesket som subjekt og i sosiale interaktive prosesser*. Dette gjenspeiles også i forskningsdesignet. For det første ble det tatt utgangspunkt i brukernes og helse- og sosialarbeidernes opplevelse og meninger om praksis med individuell plan. Deretter ble det i datainnsamlingsprosessen iverksatt gjentatte interaktive samlinger mellom helse- og sosialarbeiderne og meg som forsker, men også til en viss grad med brukerne. Disse samlingene ga mulighet for at kunnskapsdannelsen utviklet seg emosjonelt og kognitivt gjennom deltakernes aktive og kritiske refleksjoner over egen kunnskap om praksis i en prosess over tid. Dette utviklet en praksisnær kunnskapsdannelse, og kan eksemplifiseres med at vi stilte spørsmål om; Hva er den eksisterende praksis og hvilken kunnskap representerer den? Hvilken praksis bør forbedres og hva bør praksis endres til? Hvilken kunnskap trenges for å endre praksis og hva representerer denne kunnskapen? Videre ble disse spørsmålene knyttet til relevant teori. Praksis og teori stod i et dynamisk forhold til hverandre, og hvor de gjensidig konstituerte hverandre. En forutsetning for dette var at helse- og sosialarbeiderne og brukerne deltok i det faglige fellesskapet, og presset seg til å være selviakttakende i en felles dialog. Dialogen ble først knyttet til den enkelte ansattes praksis, deretter ble den satt i sammenheng med andres praksis. Det bidro til en *bevegelse* fra et Jeg til et Vi. I forløpet fra et Jeg til et Vi ble kunnskapen gjenstand for en forhandlingsprosess.

En kunnskap som er i bevegelse, vil si at den kunnskapen som erverves er usikker, *flyktig og foranderlig*. Noe som også henger sammen med at kunnskap er kontekstavhengig og kontekstspesifikk, den er avhengig av den sammenheng den utvikles i (Thagaard, 2009). Derfor legges til grunn i denne studien at kunnskap er skjev og subjektiv, da den er påvirket av vår sosiale, kulturelle og historiske tilhørighet, og også av den konkrete her og nå situasjon.

Slik ansees kunnskap i denne studien som både mangfoldig og flertydig. Dette er en type tenkning som står i motsetning til forskning, hvor forskeren søker kunnskap som gir et *mer entydig* svar og som skal kunne være generaliserbar og reproduserbar. Denne studien med dets problemstilling er derfor forankret i en *subjektivistisk epistemologisk holdning*, hvor menneskers opplevelser og meninger anses som holdbar kunnskap og som anvendbar i forskningssammenheng. Dette erkjennelsesgrunnlaget for kunnskap må ses i sammenheng med studiens syn på menneskets forståelse av virkeligheten.

## 4.2 Menneskets forståelse av virkeligheten som prosessuell interaksjon

Problemstillingen retter søkelyset mot brukernes og helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger om praksis med individuell plan. I dette ligger det en antakelse om at opplevelsen av den *sosiale virkeligheten* ikke nødvendigvis oppleves likt, men individuelt og spesifikt. Sagt på en annen måte kan en si at problemstillingen retter seg mot brukernes og helse- og sosialarbeidernes subjektive opplevelser av praksis. Spørsmålet er da hvordan kan menneskets opplevelse av verden, eller virkeligheten eller et fenomen være subjektivt, samtidig som dette kan oppleves som felles?

Mennesket har gjennom tidene konstruert språk som begrepsfester den sosiale virkeligheten i forhold til likheter og ulikheter. I vår oppvekst og sosiale omgang med andre mennesker lærer vi å kommunisere gjennom språket. Dette skjer enten ved direkte empirisk assosiering av begreper, eller ved hjelp av begreper som allerede er introdusert til oss og som vi har en forståelse av. På den måten utvikler vi en mening om hva som er vondt og hva som er godt, hva som er skummelt og hva som er morsomt. Våre valg av begreper er preget av vår sosiale, kulturelle og historiske tilhørighet (Lægneid og Skorgen, 2006, s. 223). Våre utsagn er derfor ikke verdinøytrale, men *teoriladet* på grunn av interaksjonen med og påvirkning av vår tilhørighet. Vi kan ikke tre ut av konteksten. Meningsinnholdet vi tillegger våre opplevelser vil alltid fortolkes ut fra den bakgrunnen vi har, og er derfor stadig i endring. Slik kunnskap stadig er i endring, vil vår oppfattelse av den sosiale virkeligheten også være i endring og avhengig av mennesket.

Dette er diskusjoner som har vært tydeligere i mer moderne erkjennelsesteorier påvirket av kunnskapssosiologi og vitenskapssosiologi. Der vektlegges at virkeligheten er avhengig av mennesket, men også dens sosiale, kulturelle og historiske påvirkning. Det handler om den sosiale konstruksjon av virkeligheten, hvor mennesket skaper sin virkelighet gjennom sosiale relasjoner. Kunnskapssosiologene Berger og Luckmann omtalte dette i klassikeren fra 1967 og i ny utgave 2000; *Den samfunnsskapte virkelighet*, hvor de kort sagt forklarer og demonstrerer generelle prosesser for hvordan verden som en sosial viten legitimeres i samfunnet (Payne, 2005). Deres idé er at *samfunnet er et menneskeprodukt og mennesket er et samfunnsprodukt*. Dette innebærer en refleksjon over hvordan det er mulig at menneskelig handling kan produsere en objektiv verden. Det vil si; å produsere noe som menneskene i neste omgang opplever som noe annet, noe utenfor dem selv og som de faktisk også erfarer virker tilbake på dem selv. Denne dialektiske prosessen som viser til den gjensidige påvirkning mellom individ og samfunn er koblet til tre setninger: 1) Samfunnet er et menneskelig produkt, 2) Samfunnet er en objektiv virkelighet og 3) Mennesket er et samfunnsprodukt. Disse tre setningene knytter Berger og Luckmann til tre prosesser; *eksternalisering, objektivisering og internalisering*.

*Eksternalisering* henviser til at mennesket konstruerer den sosiale verden i relasjon til andre, samtidig som mennesket konstruerer sin mening inn i verden. Det vil si at det eksisterer ikke én universell virkelighet, men *et mangfold av virkeligheter* som består av menneskets subjektive forståelse av virkeligheten. Virkelighetsforståelsen har sin opprinnelse i menneskets tanker og handlinger. Denne virkeligheten fremstiller seg etter hvert for mennesket som en forholdsvis *intersubjektiv virkelighet* som deles i kontinuerlig interaksjon mellom mennesker som har samme sosiale, kulturelle og historiske tilhørighet. Dette kaller Berger og Luckmann (2000) en *hverdagsvirkelighet*. Dette er en overordnet virkelighet hvor menneskets bevissthet står for en naturlig holdning til verden som er felles for mange, og slik skjer en *objektivisering av den intersubjektive virkeligheten*. Berger og Luckmann (2000, s. 43) skriver:

”Jeg vet at min naturlige holdning til denne verden svarer til andres naturlige holdning, og at de også forstår de objektiviseringene verden er ordnet etter, og at de også

organiserer denne verden rundt *sin* tilværelses "her og nå", og har sine planer for å arbeide i den".

Innenfor denne hverdagsvirkeligheten som mennesket opplever som objektiv vil allikevel enkeltindividet oppleve hendelsesforløp som er ulikt andres. De fleste mennesker beveger seg inn i *lukkede betydningsområder* for å benytte Berger og Luckmann (2000) sin terminologi, eller andre *virkelighetsenklaver* enn den intersubjektive overordnende virkeligheten. På den måten får mennesket sin subjektive virkelighetsforståelse som både er ulik og lik den intersubjektive hverdagsvirkeligheten.

Det siste leddet i prosessen er *internalisering* som er delt inn i tre sosialiseringprosesser. Dette foregår først gjennom primærsosialisering, hvor mennesket sosialiseres gjennom språk og enkle former for forståelse av verden og kan oppleves som absolutt. Den andre er gjennom sekundærsosialisering, som skjer gjennom institusjoner, gjennom signifikante andre og ved mer avanserte sosialiseringformer. Dette er et steg i prosessen hvor primærsosialiseringen av den subjektive virkeligheten blir utsatt for truende definisjoner av virkeligheten (Berger og Luckmann, 2000). Til slutt, den tredje som refererer til at mennesket får testet ut sin virkelighetsforståelse, hvor internaliseringsprosessen foregår ved å opprettholde og transformere den subjektive virkeligheten.

Eksempelvis kan en regne med at helse- og sosialarbeiderne i denne studien har en relativ lik forståelse av den intersubjektive overordnede virkeligheten de lever i, både på og utenfor kontoret. Denne forståelsen er påvirket av deres felles sosiale, kulturelle og historiske tilhørighet som er utviklet i sosiale prosesser (Chalmer, 2004). Samtidig har helse- og sosialarbeiderne levd sine liv med personlige hendelsesforløp som har bidratt til en virkelighetsforståelse som både er lik, men også ulik den intersubjektive hverdagsvirkeligheten. Deres virkelighetsforståelse er derfor subjektiv og unik. Denne virkelighetsforståelsen preger deres opplevelser og meninger, men også deres handlinger i arbeidet med individuell plan. Dette kan ses i sammenheng med Thomasteoremet: "Når mennesket definerer en situasjon som virkelig, så er den virkelig i sine konsekvenser" (Thomas 1928 i Charon og Spencer, 1992, s. 131, egen oversettelse). På

samme måte er brukernes virkelighetsforståelse subjektiv og unik. Deres virkelighetsforståelse er som helse- og sosialarbeidernes også knyttet til den felles hverdagsvirkeligheten, men også til deres levde liv i lukkede betydningsområder. De hadde alle levd flere år i miljøer med omfattende bruk av rusmidler, noe som har påvirket deres forståelse av virkeligheten og deres handlinger.

Dette bidrar til at menneskets virkelighetsforståelse av sosiale fenomener er subjektiv og unik, til tross for at de også deler en intersubjektiv virkelighet som kan oppleves som objektiv for dem. Det handler om den kontinuerlige prosessen mellom mennesket som konstruktør og opplevelse av virkeligheten som objektiv, og som ikke kan løsrives fra hverandre. Berger og Luckmann (2000, s 75) skriver: ”Til tross for denne objektivisering som preger den sosiale verden slik mennesket opplever det, får den ikke dermed noen ontologisk status som er atskilt fra den menneskelige aktivitet som har skapt den”. Denne måten å forstå virkeligheten på representerer et *subjektivt ontologisk perspektiv*.

Det er erkjennelsen av dette mangfoldet av virkeligheter som ligger til grunn for problemstillingen og som gjør det nødvendig og interessant å studere både brukernes og helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger om praksis med individuell plan. For arbeidet med individuell plan innebærer at brukerne og helse- og sosialarbeiderne samtaler om sin forståelse av virkeligheten for å finne frem til hvilke tjenestebehov og mål den enkelte bruker har. Individuell plan som produkt vil derfor være et konstruert resultat som på en eller annen måte er basert på deres virkelighetsforståelse av brukernes situasjon. Dette vil være situasjoner som kan kobles til det siste leddet i internaliseringsprosessen, hvor både brukerne og helse- og sosialarbeiderne vil kunne få testet ut sin virkelighetsforståelse av gjeldende livssituasjon. Problemstillingens åpne formulering, om brukernes og helse- og sosialarbeidernes *opplevelser* og *meninger* tar på den måten høyde for at menneskets virkelighetsforståelse er unik og subjektiv.

Til slutt er det av betydning å presisere at denne virkelighetsforståelsen gjelder sosiale fenomener, som utforming og oppfølging av individuell plan. Et slikt virkelighetssyn kan være vanskelig å forholde seg til ved mer konkrete fenomener som eksempelvis stein, trær og vulkanutbrudd.

### 4.3 Sosiale prosesser og relasjonelle forklaringer

Brukermedvirkning er som tidligere omtalt basert på at dette foregår i *en relasjon*, og dette er bakgrunnen for at problemstillingen både retter fokus mot brukerne og helse- og sosialarbeiderne. Relasjonen er sentral når en skal undersøke om og hvordan brukermedvirkning blir ivarettatt i utforming og oppfølging av individuell plan. Dette dreier seg om at mennesker reagerer og handler på basis av hvordan de påvirkes i relasjonen i de sosiale prosesser som eksisterer i forholdet. Ved å ha problemstillinger som både har fokus på brukere så vel som helse- og sosialarbeidere får en tilgang til kunnskap som kan bidra med en forståelse for hva det er i relasjonen som fremmer og hemmer utøvelsen av brukermedvirkning i samhandlingen. I denne sammenhengen er det ikke tanken på lineære årsaksforhold som er av interesse, men hvordan forståelsen av samhandlingen i relasjonen kan *forklares relasjonelt* i *sosiale prosesser* i et lengre hendelsesforløp.

For å forklare disse prosessene kreves det relasjonelle begreper som fokuserer på og favner om relasjonen mellom mennesker, og ikke individet som den grunnleggende enhet. Slik skiller relasjonelle forklaringer seg fra *systemforklaringer* som vektlegger ytre forhold, eksempelvis dataprogrammer og organisasjonsstrukturer, som lett resulterer i en objektgjøring av individet, eller tingliggjøring, også kalt reifisering. Det vil si at vi oppfatter det vi selv har skapt gjennom interaksjon, som noe uavhengig av menneskene, noe naturgitt, en følge av kosmiske lover eller utslag av guddommelig vilje (Berger og Luckmann, 2000; Schibbye, 2002). Relasjonelle forklaringer er også ulikt *egenskapsforklaringer* som retter fokus mot indre egenskaper, eksempelvis ved å ta utgangspunkt i stereotyper om brukere med rusmiddelproblemer. Egenskapene til brukerne eller helse- og sosialarbeiderne blir da den dominerende forklaringen på hvorfor man lykkes eller ikke med brukermedvirkning, og man tar ikke hensyn til at individene påvirker hverandre gjensidig.

Problemstillingens epistemologiske og ontologiske grunnlag gjør det mulig å få kunnskap som kan bidra med *relasjonelle forklaringer*, da problemstillingen nettopp

fokuserer på hva det er som skjer i de *sosiale prosessene* i relasjonen hvor brukerne og helse- og sosialarbeiderne påvirker hverandre gjensidig.

#### 4.4 Teoretisk tolkningsramme

Problemstillingen har et dominerende fokus på brukermedvirkning og jeg har derfor valgt å benytte teorier om brukermedvirkning som tolkningsramme. Dette er det gjort rede for i kapittel to. Samtidig var jeg også interessert i å finne en teori som kunne gi mulighet for å tolke og bidra til en utvidet forståelse av det som skjedde i de sosiale prosessene mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne, og særlig med hensyn til hva som *fremmet* og *hemmet* brukermedvirkning. Jeg ønsket å finne en teori som var komplimenterende til teorier om brukermedvirkning, som kunne sette brukernes og helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger inn i en sammenheng som ga utvidet forståelse. Jeg lette etter en teoretisk tolkningsramme som inneholdt en grunnleggende erkjennelse av relasjonsperspektivets betydning for samhandling mellom mennesker, da relasjonsfokuset som tidligere beskrevet er sentralt i brukermedvirkning.

I denne sammenhengen vurderte jeg flere kommunikasjonsteorier, blant annet virksomhetsteori. Teorien fant jeg interessant, da den ga mulighet til å tolke det som skjedde på individnivå i forhold til systemnivå, men jeg fant teorien komplisert å anvende til å fortolke hva som fremmet og hemmet brukermedvirkning. Jeg vurderte også Goffmans teori om vårt rollespill til daglig. Dette var en teori som fenget ved dens backstage- og frontstageperspektiv, men også denne fant jeg vanskelig å bruke for å favne hva som fremmet og hemmet brukermedvirkning. Etter hvert fant jeg frem til *Axel Honneths* normative samfunnsteori om *gjensidig anerkjennelse* som er den teorien som jeg har valgt å anvende. Teorien støtter også opp om problemstillingens epistemologiske og ontologiske grunnlag med et grunnleggende relasjonsperspektiv, og har fokus på *selvbestemmelse* og *autonomi* som også er sentrale verdier innenfor brukermedvirkning. Dette bidro til at jeg fant teorien egnet til å fortolke brukermedvirkning. Samtidig er dette en teori som gjør det mulig å tolke praksis innenfor både en rettslig og en sosial fortolkningsramme både på individ og systemnivå.

Dette var av vesentlig betydning, ettersom individuell plan er underlagt flere rettslige bestemmelser i den intensjon at dette skal ivareta mennesket i sosiale sammenhenger.

#### 4.4.1 Axel Honneths teori om gjensidig anerkjennelse

Axel Honneths normative samfunnsteori om *anerkjennelse* er en videreutvikling av den tyske filosofen Georg Wilhelm Friedrich Hegels teori om anerkjennelse og basert på George Herbert Meads sosialpsykologi. Honneths teori kan i seg selv regnes som en selvstendig teori, og jeg vil derfor i det følgende *kun* ta utgangspunkt i hans teori om anerkjennelse.

Honneths anerkjennelsesteori handler om den moralske grammatikk i sosiale konflikter, hvor det kjempes om anerkjennelse (Honneth, 2003, s. 9). Det handler om *anerkjennelseskamper*, og Honneth definerer dem som menneskets kamp om anerkjennelse for de verdier som mennesket tilskriver seg selv. Kampene er moralsk motivert, og drevet av menneskets manglende opplevelse av sosial anerkjennelse. Betegnelsen *kamp* angir at anerkjennelse ikke er gitt på forhånd, men at det er noe som må kjempes for. Honneth refererer til at begrepet *sosial kamp* dreier seg om en bevegelse utover det individuelle: "(...) kamp kan bare karakteriseres som "sosial" dersom dens mål kan generaliseres ut over horisonten av individuelle hensikter til det punktet hvor den kan danne basis for en kollektiv bevegelse." (2008a, s. 170). Samtidig henviser begrepet sosial kamp også til:

"Vårt foreslåtte begrep om sosial kamp forholder seg også nøytralt til den tradisjonelle sontringen mellom intensjonelle og ikke- intensjonelle former for sosial konflikt, ettersom det ikke sier noe om i hvilken grad aktørene må være seg bevisst sine egne handlingers moralske motiver." (Honneth, 2008a, s. 171).

Honneth (2008a, s. 233) mener dette foregår gjennom anerkjennelse som er "(...) en kategori som rommer tre former for praktiske holdninger som hver for seg speiler en primær hensikt om å bekrefte motparten." Disse tre formene for praktiske holdninger betegner Honneth (2008a, s. 94) som tre former for gjensidige *anerkjennelsesforhold*.



Den første formen benevner Honneth som *anerkjennelse gjennom kjærlighet*. Han mener dette dreier seg om emosjonell anerkjennelse gjennom: ”(...) primære relasjoner som består av sterke følelsesmessige bindinger mellom få personer etter mønster av erotiske parforhold, vennskap og relasjoner mellom barn og foreldre.” (Honneth, 2008a, s. 104). Gjennom denne formen for anerkjennelse utvikler mennesket *selvillit*. Dette setter mennesket i stand til å handle, kommunisere og ta del i fellesskapet. Den formen for anerkjennelse skiller seg ut fra de to neste ved at den danner forutsetningen for menneskets mulighet til å kunne: ”træde ind i et intersubjektivt forhold” (Honneth, 2003, s. 15).

Den andre formen handler om den *rettslige* anerkjennelsen, som subjektet erverver seg i kraft av sin formelle status ved å ha rettslige rettigheter. Med rettighet mener Honneth (2008a, s. 142): ”(...) de individuelle kravene som en person legitimt kan håpe blir innfridd fordi personen i kraft av å være fullverdig medlem av fellesskapet deltar i dets institusjonelle orden på lik fot med alle andre.” Dette gjelder universelle rettslige rettigheter som bidrar til anerkjennelse av enkeltmenneskets rett og verdi. I dette ligger at rettssystemet må være noe mer enn et formelt rettssystem. Det må i praksis bidra til at enkeltmennesket faktisk opplever et rettssystem som gjelder dem og som respekterer menneskets *autonomi*. Dette kan ses i sammenheng med verdenserklæringen om menneskerettighetene, artikkel 6 hvor det står: ”Ethvert menneske har krav på overalt å bli anerkjent som et rettssubjekt.” Den rettslige formen for anerkjennelse er *kognitivt regelstyrt*, da intensjonen er å sikre mennesket rettigheter. En rettslig anerkjennelse bidrar til menneskets grunnleggende muligheter til å realisere sin *autonomi* og forholde seg positivt til seg selv, altså med *selvrespekt* (Honneth, 2008a, s. 128). Autonomibegrepet knytter Honneth (2008a, s. 238) til Harry Frankfurt, ved å si at en person er ”autonom” i streng forstand, hvis mennesket av hele sitt hjerte kan identifisere seg med sine egne ønsker og ferdigheter. Denne måten å se autonomibegrepet på mener Honneth må settes i sammenheng med et relasjonelt perspektiv. Det er gjennom andres reaksjoner at mennesket gis mulighet til å bli virkelig autonomt, fordi dette gjør mennesket i stand til å identifisere seg med sine ønsker og ferdigheter. I den rettslige anerkjennelsessammenheng dreier menneskets autonomi seg om et rettsapparat som

håndhever enkeltindividets rettigheter, slik at de skal kunne ta egne valg og handle ut fra det de selv finner fornuftig.

Den tredje formen for anerkjennelse skjer gjennom relasjoner til gruppen, fellesskapet eller samfunnet, hvor det er vesentlig at enkeltmennesket opplever sosial verdsettelse (Honneth, 2008a, s.130). Det handler om å være en del av fellesskapet, i samhörighet med de andre som inngår i fellesskapet og hvor individet kan gjenkjenne seg selv. Dette innebærer å oppleve en anerkjennelse av sin *individualitet*. I sammenheng med solidarisk anerkjennelse handler individualitet om menneskets spesielle egenskaper i form av sine prestasjoner og ferdigheter som skiller mennesker fra hverandre (Honneth, 2008a, s. 131; 138). Individualitet er det som gjør en til en unik person med grunnleggende verdi og egenskaper, som er av betydning i relasjon til gruppen og samfunnet. Denne formen for anerkjennelse er både *emosjonelt* og *kognitivt* basert. Den bidrar til at mennesket opplever seg selv som medlem i et solidarisk fellesskap, hvor de utvikler *selvverdsetting*, eller sagt på en annen måte et positivt *selvforhold*. Begrepet *selvforhold* definerer Honneth (2003, s. 87) som den selvbevissthet eller selvfølelse en person har i forhold til de muligheter og vanskeligheter som tilkommer ham. Denne formen for anerkjennelse vil i det videre bli omtalt som *solidarisk anerkjennelse*. Solidaritet definerer jeg med Honneth (2003, s. 144) som det å betrakte andre mennesker som personer med egenskaper som er verdifulle for en felles livspraksis.

Honneth anser hver av anerkjennelsesformene som en forutsetning for de andre (Honneth, 2003, s. 17). De sosiale prosessene i relasjonene i hver anerkjennelsesform og hva som skjer i disse er avgjørende for om mennesket oppnår anerkjennelse som *autonome* og *individualiserte* subjekter (Honneth, 2008a, s. 179). Anerkjennelse som bekrefter menneskets autonomi og individualitet, er en betingelse for menneskets *selvrealisering*. (Honneth, 2008a). I følge Honneth er anerkjennelse den universelle betingelsen for menneskets selvrealisering og i definisjonen av selvrealisering vektlegger han frivillighetsaspektet: "Så sant vi med selvrealisering forstår en utvungen virkeliggjøring av selvvalgte livsmål." (Honneth, 2008a, s. 183). Menneskets virkeliggjøring av sine selvvalgte mål bidrar til menneskets utvikling av sin *identitet*. Anerkjennelsesformene kan også anses som integrasjonskomponenter, de er

forutsetninger for menneskets mulighet til å bli *integrert* i samfunnet (Honneth, 2003 s. 17).

*Anerkjennelse* er et uklart begrep, da det rommer ulike betydningskomponenter fra tysk, engelsk og fransk. På tysk betegner begrepet "anerkennung" hovedsakelig normative saksforhold som er knyttet til tildelingen av positiv status. På engelsk har begrepet "recognition" og fransk "la reconnaissance" dessuten epistemologisk betydning av "å gjenkjenne" eller "å identifisere" (Honneth, 2008a, s. 232). Samtidig har begrepet på alle de tre språkene en selvreflekterende betydning ved at begrepet også betegner talehandlingen "å vedkjenne seg" eller "å innrømme". Denne hegelianske bruken av begrepet skriver Honneth har fått konkurranse fra et wittgensteinsk fortolkningsperspektiv. Der forstås anerkjennelse som "en performativ reaksjon på andres livsytringer" (Honneth, 2008a, s. 232). Det dreier seg om at anerkjennelse innebærer både en holdnings- og handlingsdimensjon, som begge bekrefter den andres forståelse av seg selv. Det er denne todimensjonale og relasjonelle forståelsen som vil bli brukt som en overordnet forståelse av begrepet anerkjennelse i denne avhandlingen.

Honneth støtter seg til Hegel som anerkjennelsestanken ofte blir referert til, og mener at mennesket kun kan oppleve anerkjennelse av andre som en selv anerkjenner. Dette dreier seg om at:

"Hvis jeg ikke anerkjenner min interaksjonspartner som en bestemt type, kan jeg heller ikke oppleve meg som anerkjent som samme type person i partnerens reaksjoner, fordi jeg fraskriver den andre personen nettopp de egenskapene og ferdighetene i kraft av hvilke jeg ønsker at den andre skal anerkjenne meg." (Honneth, 2008a, s. 47).

Dette betyr at hvis anerkjennelsen skal ha noen verdi for den enkelte, må personen som utøver anerkjennelsen ha en betydning for den som mottar anerkjennelsen. Dette innebærer at den som mottar anerkjennelsen selv må anerkjenne den som utøver anerkjennelsen. Oversatt til en bruker helse- og sosialarbeider relasjon, vil dette si at hvis bruker skal oppleve at helse- og sosialarbeiderens anerkjennelse av han har positiv

betydning for ham, fordrer dette at brukeren selv anerkjenner helse- og sosialarbeideren. Dette vil si at brukeren eksempelvis må ha tro på helse- og sosialarbeiderens faglige kompetanse, og at hun vil ham vel. Først når brukeren anerkjenner helse- og sosialarbeideren, kan dennes anerkjennelse få en positiv betydning for ham. Tilsvarende er det for helse- og sosialarbeideren, skal brukerens anerkjennelse av henne være av verdi for henne, må hun selv anerkjenne brukeren. Dette innebærer at opplevelse av anerkjennelse fordrer *gjensidig anerkjennelse*. Det er kun ved gjensidig anerkjennelse at både brukere og helse- og sosialarbeidere kan oppleve seg anerkjent av den andre, og at anerkjennelsen har en betydning som er av verdi for dem. Når anerkjennelsen er av positiv betydning for den som mottar den, bidrar anerkjennelsen til at mennesket blir seg selv bevisst. Menneskets mulighet til selvrealisering vokser for hver nye form for gjensidig anerkjennelse, og bidrar til at den enkelte kan relatere til seg selv som et autonomt subjekt.

I følge Honneth finnes det tre negative ekvivalenter til de tre formene for anerkjennelse gjennom kjærlighet, rettslige ordninger og solidaritet, og som kan gi mennesket opplevelse av *ikke* å være anerkjent (Honneth, 2008a, s. 102). Fravær av anerkjennelse kan føre til *krenkelse* eller *fornedrelse*, som viser til former for *ringeakt*. Begrepene er negativt ladet, og henviser til sider ved en skadelig atferd i relasjonen, hvor den enkelte krenkes i sin ervervede intersubjektivt positive selvforståelse. Honneth (2008a, s. 140) skriver om ringeakt som: ””Ringeakt” betegner menneskets særegne sårbarhet, og denne sårbarheten oppstår av den interne sammenheng (...) mellom individualisering og anerkjennelse.” Dette henger sammen med menneskets normative selvbylde som er avhengig av en kontinuerlig bekreftelse fra andre. Når mennesket opplever ringeakt, kan krenkelsen få negative konsekvenser for menneskets identitet. Dette handler om sammenhengen mellom menneskets ukrenkelighet og integritet på den ene siden, og menneskets behov for tilslutning fra andre. De tre formene for ringeakt kan gjenkjennes og vurderes ut fra: ”(...) i hvilken grad de kan ryste en persons praktiske selvforhold gjennom å nekte personen anerkjennelse av bestemte identitetskrav” (Honneth, 2008a, s. 141), og hvilket nivå av intersubjektivt etablerte selvforhold som krenkes (Honneth, 2008a, s. 102). Den første formen for ringeakt skjer gjennom kroppslig mishandling og *skader menneskets grunnleggende selvtilit*. Den andre formen for ringeakt dreier seg om en

fornedrelse ved at mennesket blir nektet rettslige rettigheter i samfunnet eller blir sosialt ekskludert fra samfunnet i strukturell forstand. Dette medfører ikke bare en innskrenkelse av den personlige autonomi, men også en følelse av å ikke ha status som et fullverdig og moralsk likestilt samfunnsmedlem. Dette skader menneskets moralske selvrespekt og fører til *tap av selvrespekt*. Den tredje formen for ringeakt, kan også omtales som en fornærmelse, enten av den enkelte eller en gruppes verdi. Dette kan skje gjennom samfunnsmessige uformelle verdihierarkier, som eventuelt nedvurderer enkeltmennesket eller gruppers livformer og livssyn som mindreverdige eller mangelfull. Konsekvensen av denne formen for ringeakt er at mennesket eller gruppen fratras muligheten til å betegne egne ferdigheter og presetasjoner av positiv sosial verdi. Dette medfører *negative konsekvenser for menneskets positive selvforhold*.

Det gir mening å benytte Honneths anerkjennelsesteori, fordi teorien egner seg til å forklare og forstå sosiale endringsprosesser i lys av de normative fordringene som er nedfelt i gjensidige anerkjennelsesrelasjoner (Honneth, 2008a, s. 101). Ved å benytte de tre formene for anerkjennelse og krenkelse er det mulig å fortolke hva det er som fremmer og hemmer utviklingen av en samhandling preget av brukermedvirkning. Dette dreier seg om det gjensidige anerkjennelsesimperativ, for det er gjennom interaksjonen i utformingen og oppfølgingen av den individuelle planen at relasjonen kan tolkes som anerkjennende eller krenkende. Dette vil ha konsekvenser for en praksis som fremmer eller hemmer brukermedvirkning. Teorien bidrar slik sett til å kunne studere brukernes og helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger om individuell plan i et relasjonelt og prosessuelt samhandlingsforløp. Honneths forståelse av hva det er som bidrar til menneskets utvikling av en positiv identitet, autonomi, selvrealisering og integrering i samfunnet, er begreper som lett kan overføres til hva som er hensikten med sosialt arbeid. Målsettingen om at individuell plan skal bidra til koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester må etter mitt syn også kunne sees i sammenheng med en overordnet målsetting om at dette skal bidra til brukernes mulighet til selvrealisering og integrering i fellesskapet.

Til tross for at de tre formene for anerkjennelse har sin tilknytting til hverandre, velger jeg kun å anvende *rettslig* og *solidarisk* anerkjennelse med tilhørende former for

ringeakt som teoretisk fortolkningsramme. Det vil *ikke* si at den første formen for anerkjennelse i familie, venner og nære relasjoner er uten betydning, men slik jeg ser det er ikke kjærlighetsdimensjonen en del av utarbeidelse og oppfølging av individuell plan på et helse- og sosialkontor. Honneth (2008a) mener at kjærlighetsdimensjonen tilhører: "(...) primære relasjoner som består av sterke følelsesmessige bindinger mellom få personer etter mønster av erotiske parforhold, vennskap og relasjoner mellom barn og foreldre" (Honneth, 2008a, s. 104). Allikevel vil jeg si at i noen kontekster vil kjærlighetsdimensjonen være relevant innen helsefag og sosialt arbeid, eksempelvis innen oppfølging i døgninstitusjon og i visse terapiformer hvor brukere og helse- og sosialarbeidere inngår i relasjoner som kan være preget av de samme elementene som i primærrelasjoner. Denne dimensjonen kan jeg ikke se er til stede i utarbeidelse og oppfølging av individuell plan på et helse- og sosialkontor, da denne studien og dens problemstilling har fokus på den *formelle* relasjonen mellom voksne brukere og helse- og sosialarbeidere. Den rettslige og solidariske anerkjennelsen utgjør en moralsk ramme med generaliserte kriterier for å *utfordre* helse- og sosialarbeidernes praksis, samtidig som brukernes opplevelser og meninger om utarbeidelse og oppfølging av individuell plan kan *utforskes*. Høiland og Juul (2005) som også har brukt Honneths anerkjennelsesteori i sin studie av sosialsektoren, har som jeg, valgt kun å fokusere på disse to formene for anerkjennelse. Juul (2010) gjentar denne utvelgelsen i sin bok om barrierer i velferdssamfunnet som er basert på hans avhandling. Derfor har jeg i denne avhandlingen valgt å benytte kun to av de tre anerkjennelsesdimensjonene, nemlig de to som støtter opp om brukernes *rettslige* og *solidariske* anerkjennelse.

Honneths anerkjennelsesteori har vakt oppmerksomhet og diskusjon, blant annet har Fraser (Fraser, 2000; Fraser, 2003; Fraser og Honneth, 2003) og Juul (2010) engasjert seg. I denne studien har jeg valgt *ikke* å gå inn i disse diskusjonene, da Honneths anerkjennelsesteori benyttes som en overordnet kritisk fortolkningsramme, og mer som en praktisk enn en filosofisk teori. Anerkjennelsesteorien knyttes til empirien for å forklare og forstå det relasjonelle og prosessuelle mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne i utarbeidelse og oppfølging av individuelle planer. Her tilknyttet også annen relevant litteratur, forskning og teorier om brukermedvirkning og offentlige dokumenter som lovverk, veiledere, stortingsmeldinger og handlingsplaner.

## Kapittel 5 Metodologiske overveielser

I dette kapittelet redegjøres det for hvordan denne studien nødvendigvis må være verdiladet, hvordan metoden har flere fellespunkter med det som Reason (1988) beskriver som *co-operative inquiry* og hvorfor jeg har valgt benevnelsen *handlingsorientert forskningssamhandling*. Så beskrives utvalget, hvordan ulike datakilder er benyttet og hvordan informantene som deltok kan omtales som medforskere, siden de medvirket, om enn i ulik grad. Til slutt utdyper jeg hvordan jeg inntok en relasjonell og refleksiv utforming av ulike roller i det å være forskningsleder, som jeg anvendte transparent og fleksibelt for at datamaterialet skulle bli rikere. Før det redegjøres for dette, har jeg valgt å beskrive hvordan prosjektbeskrivelsen ga en formell struktur for forskningsdesignet.

### 5.1 Studiens formelle struktur

Denne studien er som tidligere beskrevet utviklet i samarbeid med ledere i en norsk kommune, avdeling for oppvekst og levekår, og meg fra universitetet (se punkt 1.2). Samarbeidet begynte med at jeg utarbeidet en prosjektskisse. Denne ble bearbeidet i fellesskap for å sikre at den endelige prosjektbeskrivelsen ivaretok både kommunens og min interesse. På den måten utviklet begge parter et eierforhold til formålet og problemstillingen, men også forskningsdesignet. Prosjektbeskrivelsen la opp til en intensjon om at forskningen skulle være *praksisnær*, derfor ble det lagt føringer for en struktur som skulle sikre en tett relasjon til helse- og sosialarbeiderne i praksisfeltet.

I den sammenhengen ble en sosialarbeider delvis og tidvis heltids frikjøpt fra sitt daglige virke for å fungere som en *forskningsmedarbeider* i de to årene som datainnsamlingen varte. I prosjektbeskrivelsen ble hennes ansvar definert som:

”(...) å fungere som idebærer ved å holde forskningssamarbeidet og målsettingen levende i personalgruppen, stimulere og legge forholdene til rette for deltakelse, være pådriver til faglige diskusjoner men også: praktisk tilrettelegging av arbeidet,

dvs. bidra med tilgang til informanter, medaktører, dokumenter, dataprogrammer etc.”

Intensjonen var at hun skulle være bindeleddet mellom virksomhetsleder, andre ansatte på helse- og sosialkontoret og meg som forskningsleder, men også tilrettelegge for implementering av studien i personalgruppen slik at den kunne gjennomføres.

Det metodiske ansvaret ble lagt til meg som forskningsleder og i prosjektbeskrivelsen defineres dette som å ha et: ”(...) spesielt ansvar for at forskningen foregår i tråd med forskningsmessige etiske og faglige krav”. Derfor er det kun jeg som kan lastes for hvorvidt studien er forsvarlig faglig og etisk gjennomført eller ikke.

Videre ga prosjektbeskrivelsen føringer for en struktur basert på en *styringsgruppe*, *ressursgruppe* og *prosjektgruppe*. Styringsgruppen godkjente prosjektbeskrivelsen og fremdriftsplanen, hadde det overordnede ansvar for gjennomføringen i kommunen og evaluerte studien årlig. Her deltok en representant for direktøren i kommunen, virksomhetsleder ved det deltakende helse- og sosialkontoret, instituttleder ved universitetet som representerte dekanen ved det samfunnsvitenskapelige fakultet på universitetet, og jeg som forskningsleder. Direktørrepresentanten i kommunen ledet møtene og jeg fungerte som sekretær. Styringsgruppen møttes to til tre ganger i året.

Ressursgruppen fungerte som et faglig forum, ved at medlemmene bidro med faglige innspill. Fra kommunen deltok en leder for sosialavdelingen som representant for virksomhetslederen, en forskningsmedarbeider i sosialavdelingen, en representant for et spesialisert sosialkontor for brukere med rusmiddelproblemer og en representant for et annet distrikt som hadde erfaring med denne type samhandlende forskning. To typer organisasjoner var representert, ved én representant fra en brukerorganisasjon i regionen for brukere med omfattende rusmiddelproblemer og én representant for FO (Fag- og profesjonsforbundet for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere). Videre deltok direktør for Unge voksne på regionens sykehus (Rusrelatert psykiatri), en representant fra fylkesmannen, en førsteamanuensis fra



universitet hvor jeg arbeidet, og til slutt meg selv som forskningsleder. Ressursgruppen møttes fra to til tre ganger i året.

Prosjektgruppens ansvar var i prosjektbeskrivelsen definert som å: ” (...) samarbeide om faglige ideer for hvordan prosjektet konkret kan gjennomføres”. Gruppen diskuterte for eksempel metodetilnærming, spørsmål knyttet til implementering av forskningsfunn og hvordan håndtere utilsiktede og uforutsette situasjoner. Her deltok forskningsmedarbeider, leder for sosialavdelingen i distriktet, en representant for bestillerkontoret som hadde erfaring med arbeid med individuell plan og meg som forskningsleder. Gruppen møttes så å si annen hver uke med unntak av måneder hvor helse- og sosialarbeiderne hadde ferie i forbindelse med påske, sommer og jul. I perioder ble prosjektgruppen utvidet en gang i måneden med rus- og psykiatriteamet, som i den tiden bestod av en kjernegruppe på fire personer.

I løpet av datainnsamlingsprosessen har jeg naturligvis fått data på hvordan denne strukturen fungerte, hva som kan betegnes som suksessfaktorer eller ikke for å etablere og gjennomføre en slik studie hvor to instanser har felles interesse, men dette er *ikke* fokus for denne avhandlingen.

## 5.2 Verdiladet forskning

Innen positivistisk forskning har det vært sentralt å oppnå *objektivitet* ved at forskeren benytter bestemte metoder og etablerer en posisjon ”på siden”. Hensikten er å redusere skjevheter og oppnå en *verdinøytral forskning* (Malterud, 2008). I denne studien erkjennes det at forskning nødvendigvis *er verdiladet*, og ikke verdinøytral. Dette henger sammen med, som tidligere beskrevet erkjennelsen av at mennesket skaper sin virkelighet i sosial interaksjon, og at kunnskap og forståelsen av virkeligheten er påvirket av sosial, kulturell og historisk tilhørighet. Dette ontologiske og epistemologiske utgangspunktet har også implikasjoner for forskerens kunnskap og forståelse av virkeligheten, fordi forskerens verdisyn både bevisst og ubevisst vil kunne påvirke forskerens valg av metode og tilnærming til hele forskningsprosessen

(Malterud, 2008). Denne erkjennelsen gjorde meg ekstra oppmerksom på min påvirkning i kunnskapsutviklingen. Jeg anstrengte meg derfor under hele forskningsprosessen på å identifisere mitt ståsted og min forforståelse. Dette for å være mest mulig bevisst betydningen av min påvirkning, men også for å klare å distansere meg så godt som mulig fra den, slik at informantenes virkelighetsforståelse kunne fremtre så forutsetningsløst som mulig. Samtidig er det ikke til å komme unna at denne studien som dreide seg om å *forbedre praksis* i forhold til arbeid med individuelle planer overfor brukere med rusmiddelproblemer, ble påvirket av mitt verdisyn som forskningsleder. Selv om *ideen og hensikten* med studien var utarbeidet i felleskap med kommunens ledelse, var det *mitt ansvar å formilde* ideen og hensikten. Det er vanskelig å tenke seg at dette ikke har hatt konsekvenser for hele forskningsprosessen.

### 5.3 En handlingsorientert forskningssamhandling

Studien er basert på en kvalitativ tilnærming, da dette er en tilnærming som egner seg til å fremskaffe kunnskap om menneskers unike opplevelser og meninger om den sosiale virkelighet i tilknytning til arbeide med individuell plan. Malterud (2011, s. 26) skriver om kvalitativ tilnærming: ”Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng”. Den kvalitative tilnærmingen ga mulighet for tykke beskrivelser (thick descriptions) om brukernes og sosial – og helsearbeidernes subjektive, unike opplevelser og meninger om den sosiale virkelighet slik de opplevde den, men også for tolkning av de fenomenene som ble presentert (Geertz, 1973; Thagaard, 2009; Kvale og Brinkmann, 2009).

Innenfor kvalitativ tilnærming kunne jeg eksempelvis valgt at *jeg* som forsker foretok en datainnsamling gjennom intervju, observasjon eller fokusgrupper og at *jeg* deretter analyserte og tolket data. Dette er en vanlig tilnærming innen forskning hvor forskeren forsker *på* fenomenet og stiller seg selv i en enerådende posisjon. Denne formen for tilnærming mente jeg ikke tok tilstrekkelig konsekvenser av studiens epistemologiske utgangspunkt, nemlig erkjennelsen av at kunnskap skapes i interaksjon mellom mennesker. Jeg mente at metoden måtte gi helse- og sosialarbeiderne, brukerne og meg

en mulighet til å utveksle og delta i hverandres etablerte kunnskap også over tid, for å skape ny kunnskap. En slik tilnærming kunne bidra til gjensidig kunnskapsutvikling mellom partene, i motsetning til tradisjonell forskning hvor forskeren inntar en ensidig posisjon ved ”å suge” ut den etablerte kunnskapen. Den gjensidige utvekslingen av kunnskap var særlig viktig, da studien hadde en hensikt og en idé om å forbedre praksis. Dette krevde utprøving av etablert kunnskap, men også utprøving av ny kunnskap i nye typer praksiser. Jeg valgte derfor en design som inkluderte helse- og sosialarbeiderne og til en viss grad også brukerne i selve forskningsprosessen for at kunnskap skulle kunne bli skapt og utviklet gjennom deres deltakelse i *interaksjonen*, og at denne kunnskapen kunne bli prøvd ut i praksis.

I stedet for en design hvor jeg ensidig forsket *på* dem, valgte jeg derfor en tilnærming som gjorde det mulig at vi *forsket mest mulig sammen*. Slik bestod prosjektbeskrivelsen som tidligere beskrevet av at problemstillingen og designet ble utviklet *sammen* med lederne i kommunen, noe som var sentralt for å få tilgang til feltet. I designet var det lagt opp til at helse- og sosialarbeiderne skulle kunne påvirke problemstillingen i en viss grad, men deres påvirkningsmulighet var begrenset. De kunne ikke påvirke det som deres ledere allerede hadde besluttet på et overordnet nivå, men innenfor rammene av hva som allerede var beskrevet i prosjektbeskrivelsen kunne de påvirke forskningsprosessen med det de mente var nyttig. Eksempelvis kunne de utvikle og utvide eksisterende forskningsspørsmål, skape nye og påvirke retningen for selve datainnsamlingsprosessen. Hvordan de gjorde dette kommer jeg tilbake til, men jeg mener at om ikke hele, så i alle fall store deler av forskningsprosessen må kunne sies å være preget av at vi forsket *sammen*. Samtidig skal det ikke underkommuniseres at jeg til tider også forsket *på* dem, noe jeg også kommer tilbake til.

Valget av design har flere fellespunkter med det som Reason benevner som co-operative inquiry (Reason og Heron, 1986; Reason, 1988; Reason, 1994). Reason (1988, s.1) beskriver co-operative inquiry som:

“(...) it is a way of doing research in which all those involved contribute both to the creative thinking that goes into enterprise – deciding on what is to be looked at, the

methods of inquiry, and making sense of what is found out –and *also* contribute to the action which is the subject of the research”

Reason (1988; Reason og Bradbury, 2006) skriver at tilnærmingen ble utviklet som en reaksjon på positivistiske forskningsmetoder, da disse kunne virke reduserende og lite egnet til forskning om mennesker, særlig da dette var basert på et enhetlig vitenskapsideal. Han skriver videre at co-operative inquiry kan anses som et overordnet begrep for all forskning hvor en forsker *med* og *ikke på*, eksempelvis deltakende forskning (participatory research), samarbeidsforskning (collaborative inquiry) og aksjonsforskning (action research). I Norge har Hummelvoll latt seg inspirere av co-operative inquiry i en studie om akuttpsykiatrien. Han har valgt å kalle dette et *handlingsorientert forskningssamarbeid*. Hummelvoll (2003, s. 17) skriver at et handlingsorientert forskningssamarbeid: ”(...) er en måte å gjennomføre forskning hvor alle involverte bidrar til kreativ tenkning i forhold til forskningsprosjektet, ved at man bestemmer hva som skal studeres, og hvordan det skal gjennomføres, og til å skape mening i resultatene.”

Handlingsorientert samarbeid er en benevnelse som jeg for så vidt kunne valgt å anvende, da kommunen ved sine *ledere og helse- og sosialarbeidere* som *helhet* deltok i kreativ tenkning. Som *helhet* var kommunens ansatte medbestemmende og medbesluttende om valg av tema, problemstilling og forskningsdesign, samtidig som de var med på å skape meningen i resultatene. Allikevel har jeg funnet det mer passende å ta hensyn til kommunenes todelte medvirkning, fordi helse- og sosialarbeiderne og brukerne måtte innordne seg prosjektbeskrivelsens overordnede rammer, besluttet av deres ledere. Jeg har derfor funnet det mer presist og omtale designet for denne undersøkelsen som *handlingsorientert forskningssamhandling*.

## 5.4 Designets tre aspekter

Valget av handlingsorientert forskningssamhandling som design var basert på at den blant annet inneholdt tre interrelaterte aspekter som ivaretok problemstillingens vitenskapsteoretiske fundament. Det er *deltakende og holistisk viten, kritisk subjektivitet* og *kunnskap i handling* (Reason, 1988). Det første aspektet *deltakende og holistisk viten*

handler om *deltakelse, helhet og ansvar*, at viten om verden skapes gjennom nærhet og dialog i relasjoner. Reason (1988, s. 10) skriver: "(...) knowing based on participative and dialogical relationship with the world, is also a move from distance and separateness of objectivity." Med dette legges det vekt på at relasjonen mellom de som forsker og de som det forskes "på" går inn i en tettere form for samhandling. Dette var av betydning fordi jeg vurderte det som viktig at metoden støttet opp om sentrale verdier som legges til grunn for brukermedvirkning. Det dreide seg om demokratiske verdier som borgernes *likeverd*, retten til å delta i samfunnet, retten til medbestemmelse for å ivareta sine interesser og at alles stemmer skal høres og bli tatt hensyn til (Humerfelt, 2005a; Koch og Kralik, 2006). Et handlingsorientert forskningssamhandlings-design åpnet muligheten for at de involverte helse- og sosialarbeiderne, brukerne og jeg som forskningsleder kunne delta i forskningen og forske *sammen* i temaet. Gjennom alles deltakelse kunne vi sammen skape *helhetlig kunnskap* om den sosiale, mangfoldige og subjektive virkeligheten (Reason, 1988, s. 10). Slik som helhet krever deltakelse, fordrer deltakelse empati for å prøve å forstå den andres sosiale virkelighet. Reason (1988, s. 10) skriver at empati krever ansvar, da vi ikke kan delta i helheten uten å ta ansvar for den. På det viset hadde alle et ansvar for å delta for å skape kunnskap som dannet en helhet, og alles meninger om helheten var betydningsfull for å forstå helheten (Reason, 1988, s. 11; Hummelvoll, 2003, s.32).

Det andre aspektet var knyttet til *kritisk subjektivitet*, som handler om å *unngå kravet til splittelsen mellom forskerens subjektivitet og objektivitet*. Reason og Bradbury (2006, s. 149) definerer kritisk subjektivitet slik:

"(...) 'critical subjectivity'; it means that we don't have to throw away our personal, living knowledge in the search for objectivity, but are able to build on it and develop it. We can cultivate a high-quality and valid individual perspective on what there is, in collaboration with others who are doing the same"

Valget av handlingsorientert forskningssamhandling som design ivaretok at vi i vår bevissthet ikke behøvde å fortrenge vår subjektivitet, men kunne anvende den bevisst i forskningsprosessen. Reason (1988, s.12) mener at kritisk subjektivitet er kvaliteten på

vår bevissthet. Dette innebærer at forskeren i forskningsprosessen kan innta en *naiv tilnærming*, som et lite barn. Dette har nyttige kvaliteter som det å være levende, involverende og forpliktende, til tross for at tilnærmingen er biased med forskerens subjektivitet og preget av hans fordommer basert på sosial, kulturell og historisk tilhørighet. Samtidig kan forskeren innta en *kritisk tilnærming*, hvor en under forskningsprosessen kritisk saumfarer sin subjektivitet, og stiller spørsmål til hvilke konsekvenser dette kan ha. Resultatet er da at i stedet for å skille ut eller prøve å radere ut subjektiviteten, kunne vi anvende både den naive og den kritiske naiviteten for å skape og utvikle kunnskap om den sosiale virkelighet.

Det tredje aspektet var basert på at Reason mener at kunnskap skapes *i og for handling* (Reason, 1988, s. 12), i stedet for *i og for* refleksjon. Reason (1988, s. 13) knytter dette til helhetlig praksis: ” (...) often the knowledge that is really important (...) is the practical knowledge of new skills and abilities: a more holistic practice (...)”. Dette satte handlingen i fokus og viktigheten av at alle deltok med sine opplevelser og meninger om de handlingene som foregikk i praksis, slik at disse fikk innflytelse på ideer, utforming og gjennomføring av forskningen (Reason, 1988). I dette lå det en tro på at designet som tilrettela for helse- og sosialarbeidernes og tidvis brukernes deltakelse ville kunne bidra med å skape ny kunnskap og utvikle mer helhetlige metoder og modeller for praksis.

Reason (1988, s. 42) mener forståelsen av kunnskap er knyttet til tre former for kunnskap som anses som likeverdige. Den ene formen er *erfaringskunnskap* (experiential knowledge) som en får direkte gjennom personer og som realiseres i møtet mellom personer face- to- face, og som vitner om samspillet mellom den ønskede (posited) verden og den tilstedeværende (present) verden. Den andre formen er *praktisk kunnskap* (practical knowledge) som er å vite hvordan man kan gjøre noe, uttrykt gjennom spesielle ferdigheter og som sier noe om en verden i aksjon/praksis (the world-in-action). Den tredje formen er *teoretisk kunnskap* (propositional knowledge) som uttrykkes gjennom påstander og teorier og som representerer forskeres verden. Jeg vurderte at ved å anlegge en design som inkluderte alle disse tre formene for kunnskap, la de komme til uttrykk i interaksjonen og i en *demokratisk dialog* (Koch og Kralik, 2006, s. 13) preget av gjensidighet og likeverd, kunne dette resultere i fyldig og

nyansert kunnskap om fenomenet utforming og oppfølging av individuell plan. Disse tre interrelaterte aspektene mente jeg var sentrale for å få kunnskap om problemstillingen.

Oppsummert kan en si at valg av forskningsdesign var basert på tre aspekter. For det første gjaldt det ivaretagelse av likeverdsprinsippet ved å tilrettelegge for deltakelse og dialog som muliggjorde at vi i store deler av forskningsprosessen kunne forske *sammen*. Dette var vesentlig for å ivareta studiens *subjektive ontologiske* utgangspunkt. For det andre handlet det om ivaretagelse av nærheten til de som deltok i forskningen, hvor *kritisk subjektivitet* ble ansett som en kvalitet. For det tredje gjaldt det ivaretagelse av problemstillingens *epistemologiske utgangspunkt* ved å anlegge en tilnærming som inkluderer tre former for kunnskap i en demokratisk dialog for å bidra med fyldig og nyansert kunnskap i den hensikt å bedre helse- og sosiale tjenester til brukere med rusmiddelproblemer. Dette vises under i en modell:

| Studiens forskningsdesign                    |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| Likeverdsprinsippet:<br>Deltakelse og dialog | Kritisk subjektivitet:<br>En kvalitet | Tre former for kunnskap:<br>Erfaring, praktisk og teoretisk |

Fig. nr. 3: Modellen viser en oversikt over sentrale elementer i studiens handlingsorienterte forskningssamhandling

Hummelvoll (2003, s. 24). skriver at handlingsorientert forskningssamarbeid har som mål ikke bare å løse praktiske problemer og bidra til generell teoriutvikling, men også bidra til en forandringsprosess som vedlikeholder seg selv i systemet. Dette var og av betydning for meg da jeg ønsket at forskningen resulterte i noe mer enn *kun* en avhandling som jeg kunne ”pynte” meg med og som deretter kanskje ville bli lagt i en skuff for verken siden å bli lest eller være til nytte for praksisfeltet. Som tidligere sosialarbeider i rusmiddelfeltet hadde jeg erfart at brukere med rusmiddelproblemer har flere tjenestebehov enn de får bistand til, noe som jeg tidligere har vist også understøttes i helsetilsynets rapporter. Videre viser forskning at helse- og sosialarbeidere viser liten interesse for forskningsbasert kunnskap (Bergmark & Lundstöm, 2002). Jeg har selv som sosialarbeider opplevd at teorier eksisterte mer eller mindre adskilt fra praksis, noe jeg og har fått bekreftet av helse- og sosialarbeidere i undervisning- og forskningssammenheng. Gapet mellom teori og praksis mener jeg kan være til hinder

for å utvikle praksis. Jeg ønsket derfor å anlegge en forskningsdesign, hvor en under datainnsamlingen kunne koble teori og praksis, og implementere kunnskapen i praksis. Malterud (2008) skriver at denne type design er velegnet for innsamling av vitenskapelig kunnskap innen klinisk praksis. Denne studien er basert på ulike kvalitative metoder, som består av *individuelle intervju* og *felles samlinger med interaktiv dialog mellom brukerne, helse- og sosialarbeiderne og meg*. De individuelle intervjuene og fellessamlingene ble satt sammen i et lengre tidsforløp bestående av *tre runder*. Den metodiske tilnærmingen var preget av en *relasjonell*, men også *prosessuell dialog* som foregikk *over tid* og som tilrettela for å skape, utvikle og implementere kunnskap i praksis. Dette vil jeg komme tilbake til.

## 5.5 Godkjent forskning

Studien er gjennomført i samsvar med De nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH, 2006) sine retningslinjer for personopplysninger. Studien er godkjent av REK Vest (Regional komité for medisinsk forskningsetikk Vest-Norge) (se vedlegg nr. 1). NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) godkjente søknaden og vurderte at personopplysningene var regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften (se vedlegg nr. 2). Direkte personidentifiserende opplysninger ble erstattet av en referansekode. Listene med personidentifiserende opplysninger og referansekodene ble oppbevart atskilt og makulert ved avslutning av studien (NESH, 2006, s. 18).

## 5.6 Utvalg og rekruttering av informanter

Informantene bestod av tre utvalg, det ene utvalget bestod av brukere med rusmiddelproblemer. Inklusjonskriteriene var at de var *brukere av helse- og sosiale tjenester på kontoret*, og ble vurdert av helse- og sosialarbeiderne til å ha *rusmiddelproblemer og behov for langvarige og koordinerte tjenester*. I rekrutteringen ble det ikke tatt hensyn til om brukernes rusmiddelproblemer var basert på bruk av legale rusmidler, som alkohol eller medisiner som var foreskrevet av lege, eller om rusmidlet var definert som illegalt og oppført i narkotikalistene i Norge (Helse- og



omsorgsdepartementet, 1978). Det ble heller ikke vektlagt hvor aktiv bruk av rusmidler den enkelte hadde, som handlet om hyppighet og omfang. Som sagt på en annen måte ble det ikke tatt hensyn til om brukerne arbeidet med å kontrollere sitt rusmiddelbruk eller ikke. Videre ble det ikke vurdert hvorvidt brukerne var motiverte for endring eller ikke, eller om de allerede var i en eller annen form for rehabiliteringsopplegg som medikamentfritt behandlingsopplegg eller i LAR (Legemiddellassistert rehabilitering). Det ble heller ikke lagt vekt på om helse- og sosialarbeiderne vurderte brukerne til å kunne nyttiggjøre seg av individuell plan, da deres uttalte holdning til brukerne var preget av: ”Vi kan aldri vite hvem som kan klare å nyttiggjøre seg av individuell plan og ikke”. I rekrutteringen ble det følgelig ikke tatt hensyn til:

- hvilke type rusmidler brukerne konsumerte
- brukernes bruk av rusmidler knyttet til omfang og hyppighet
- hvorvidt helse- og sosialarbeiderne vurderte brukerne til å ha mer eller mindre kontroll på sitt rusmiddelbruk eller ikke
- brukernes motivasjon for endring av sin livssituasjon
- eller helse- og sosialarbeidernes prognoser for at brukerne skulle kunne nyttiggjøre seg av individuell plan

Brukerne som deltok i studien inntok hele spekteret av rusmidler. De fleste hadde et dominerende bruk av *illegale stoffer*, blant annet cannabis, ulike typer amfetamin, kokain og heroin. Noen injiserte stoffene, andre ikke. De brukte metadon, subutex, suboxone og andre medisiner som i denne sammenheng kalles rusmidler, da disse ble kjøpt ”på gata” i den hensikt å oppnå rusvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 1978). De ruste seg på legale rusmidler som alkohol og medisiner forskrevet av lege. Alle hadde et *omfattende og langvarig* bruk av rusmidler.

En stor andel av brukerne som deltok i studien viste seg også å ha en barndom med foreldre med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, hvor de ble utsatt for vold og seksuelle overgrep. Flere hadde hatt kontakt med barnevernet. De fleste hadde avsluttet skolegangen i ungdomskolen, da de opplevde at de kom til kort både faglig og sosialt.

Et flertall hadde fått en psykiatrisk diagnose, eller de mente selv at de slet mentalt, eksempelvis med angst og depresjon. Flere oppga at de hadde somatiske og organiske skader etter et liv med et omfattende rusmiddelbruk, i form av hepatitt og abscesser, og de mente at de hadde korte konsentrasjonspenn og sviktende hukommelse. Disse dataene nevnes her som bakgrunnsdata for å tydeliggjøre at utvalget bestod av brukere som innfridde kriteriene til å få en individuell plan.

Det var helse- og sosialarbeiderne som rekrutterte brukerne. De informerte brukerne om studien og spurte om de kunne tenke seg å delta i et intervju. Da brukerne kom til intervjuet sikret jeg meg at de hadde forstått hva de hadde sagt ja til, og henviste til et informasjonsskriv som var en del av samtykkeerklæringen (se vedlegg nr.3). Dette viste seg å være nødvendig, da flere av dem ikke husket hva de hadde sagt ja til: "Jeg sa bare ja, men jeg skjønnte ikke helt hva det var jeg skulle". De fikk også informasjonsskrivet med seg hjem, slik at de kunne lese det og eventuelt annullere intervjuet. Ingen av informantene ble utsatt for press til å delta. Tvert imot ble det presisert at det var frivillig og at deres deltakelse eller beslutning om ikke å delta, ikke kunne påvirke annen sosialhjelp som de mottok eller ønsket å motta. De skrev under der og da på samtykkeerklæring. De ble forklart at de når som helst kunne trekke sitt samtykke tilbake uten å begrunne dette, hvis de opplevde situasjonen på en eller annen måte belastende for seg. Slik anstrengte jeg meg for å tilrettelegge for et *informert samtykke* (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 70; Gjelsvik og Henden I: Ruyter, Solbakk og Wall, 2009, s. 76). Dette var spesielt viktig å presisere overfor brukerne, da mange av dem sa de slet med angst, særlig sosial angst, og dagsformen kunne ha innvirkning på hvordan de opplevde å være med på et intervju og til slutt at flere av dem lurte på om dette var noe de måtte delta på for å få livsopphold, noe jeg avkreftet. Ingen valgte å trekke seg på grunn av dette.

Samtykkeerklæringen inneholdt også spørsmål om jeg kunne få tilgang til å lese deres journaler og individuelle planer, noe som alle krysset av "ja" til. Videre var det spørsmål om de kunne tenke seg å delta i samtaler med en gruppe helse- og sosialarbeidere, med informasjon om at et eventuelt "ja" ikke medførte

forpliktelse. Det var vesentlig for meg å få presisert frivillighetsprinsippet. Dette viste seg å være sentralt i mine funn, som jeg kommer tilbake til.

Det andre utvalget bestod av helse- og sosialarbeidere på kontoret. Inklusjonskriteriene var *at de arbeidet med brukere med rusmiddelproblemer som hadde behov for sammensatte og koordinerte tjenester*. Det ble forventet av lederne at de deltok i forskningen som en del av sine arbeidsoppgaver. Dette kan selvfølgelig bidra til at en kan stille spørsmål om hvor frivillig helse- og sosialarbeiderne opplevde sin deltakelse, men ingen av dem ga uttrykk for at de *ikke* ville delta når dette ble tatt opp som tema. Tvert i mot ga de uttrykk for at de opplevde deltakelsen meningsfull. Selv i tider hvor de synes de slet med å få tiden til å strekke til på grunn av hastesaker og stor arbeidsmengde, sa de: ”Det er så mye å gjøre for tiden, men jeg opplever at jeg får litt nye tanker når vi sitter slik og snakker.” Alle skrev under på samtykkeerklæring (se vedlegg nr. 3).

Det tredje utvalget var virksomhetsleder og avdelingsleder som deltok i forskningsprosessen som kontorets overordnede. De representerte det som Patton (1990) kaller et *eliteutvalg*.

Informantenes varierte posisjoner representerte ulike *statuser* i helse- og sosialkontorets statusinventar. Alle kunne på hvert sitt vis bidra med verdifull kunnskap om fenomenet som skulle studeres. Brukerne og helse- og sosialarbeiderne hadde førstehåndskunnskap som kunne bidra med forståelse og forklaring rundt dagens og morgendagens praksis i forhold til utarbeidingen og oppfølgingen av individuell plan, og med et fokus på brukermedvirkning. Virksomhetsleder og avdelingsleder hadde i kraft av sine posisjoner et overordnet perspektiv på arbeidet med individuell plan. Utvalgene representerte hver for seg det som Patton kaller et homogent utvalg, som har sin styrke i: "The purpose here is to describe some particular subgroup in depth" (Patton, 1990, s. 173). Totalt representerte utvalget et strategisk utvalg (Thagaard, 2009, s. 55; Malterud, 2011, s. 56), da alle på hver sin måte var spesielle i forhold til fenomenet som ble studert og ut fra målsettingen kunne belyse problemstillingen på en god måte. Thagaard (2009, s. 55) skriver: "(...)

strategisk utvalg, det vil si informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstilling og studiens teoretiske perspektiver.”

Brukerne omtales i denne avhandlingen ikke med navn, men som en *bruker*, en *annen bruker*, *brukerne* og som *hankjønn* i tredje person, da brukerne i dominerende grad var menn. Helse- og sosialarbeiderne som arbeidet med individuell plan sammen med brukerne omtales i *hunkjønn*, da de fleste var kvinner. De benevnes som en *helse- og sosialarbeider*, en *annen helse- og sosialarbeider* og *helse- og sosialarbeiderne*, da begrepet henviser til at de også deltok i en helse- og sosialfaglig praksis utover kun det å forholde seg til individuell plan som koordinatorene. Deres praksis var vel så mye rettet mot det å arbeide med brukerne og deres rusmiddelproblemer, og ikke kun det å administrere koordineringen av tjenesten, som jeg mener begrepet ”koordinatorene” har konnotasjoner til. Avdelingsleder og virksomhetsleder benevnes som *helse- og sosialarbeidere*, hvis det ikke er vesentlig å skille dem ut som ledere. Eksterne samarbeidsparter i ansvarsgruppene til brukerne er også omtalt som *helse- og sosialarbeidere*. Begrunnelsen for å omtale informantene på denne måten er at jeg ikke kan se at studien vil kunne frembringe mer eller bedre kunnskap ved eksplisitt å følge hver enkelt av dem. Det er ikke avgjørende for kunnskapsproduksjonen å følge hvilke opplevelser og meninger helse- og sosialarbeider ”Per” har fra en samling til en annen. Det som er av interesse er å vite hva en eller flere av helse- og sosialarbeiderne opplevde og mente fra en samling til en annen. Likeledes er det ikke viktig for kunnskapsproduksjonen å følge eksplisitt den enkelte brukers opplevelser og meninger i arbeidet med individuell plan, men å kunne dokumentere hvilke opplevelser og meninger en eller flere av dem hadde på ulike tidspunkt. Dette er mulig med den valgte begrepsbruken som både er i entallsform og flertallsform. Denne måten bidrar også til en god anonymisering av de som deltok.

## 5.7 Flere kilder og ulik anvendelse

Data er hentet fra ulike kilder for å få en bredere forståelse av fenomenet som skulle studeres. En datakilde er *individuelle intervju*. I utgangspunktet var det ønskelig å

intervjue de samme brukerne to ganger i løpet av forskningsprosessen. Det viste seg å være vanskelig å få til med alle, da flere av brukerne ikke hadde kontakt med sosialkontoret på den tiden det var aktuelt, en døde og enkelte ønsket ikke å la seg intervjuet.

Det ble gjennomført:

- *26 individuelle intervjuer av brukere med rusmiddelproblemer* som hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester. (Intervjuguiden omtales under punkt 6.2. se vedlegg nr. 4 og 5.) Dette var totalt 20 brukere, hvor sju var kvinner og 13 var menn. Seks av dem ble intervjuet to ganger med vel et halvt års intervall, derfor var det totale antallet for intervju 26. Aldersspredning for menn var fra 24 til 49 år og for kvinner fra 21 til 56 år. Ved intervjuet var 13 brukere LAR-pasienter, tre brukere søkte LAR, to brukere satt i fengsel, to søkte medikamentfri behandling, tre hadde medikamentfri institusjonsplass og tre brukere søkte ingen form for behandling.
  - Antallet viste seg å holde til å få en metning, da intervjuene etter hvert inneholdt gjentakelser.
  - Intervjuene varte fra 15 minutter til 59 minutter, med et gjennomsnitt på 40 minutter.
  - Brukerne kunne selv bestemme hvilket sted som var best for dem til å gjennomføre intervjuet. Fire av intervjuene ble gjennomført hjemme hos brukerne, et på brukerens arbeidsplass, to på LAR-kontoret og 19 på helse- og sosialkontoret.
- *11 individuelle intervjuer av helse- og sosialarbeidere* (se vedlegg nr. 6). Av disse var ni helse- og sosialarbeidere, en virksomhetsleder og en avdelingsleder. Fordelingen på kjønn var tre menn og åtte kvinner. Aldersspredning for kvinnene var fra 33 til 57 år, og for menn fra 35 til 54 år. Av utdannelse var to psykiatrisk sykepleiere, seks sosionomer, en barnevernarbeider, en vernepleier og en sykepleier. Deres arbeidserfaring

innen helse- og omsorgstjenesten hadde en spredning fra 36 til null år, med et gjennomsnitt på 13 år. Trekket ledernes arbeidserfaring fra, hadde helse- og sosialarbeiderne som arbeidet i det daglige med individuelle planer, arbeidserfaring med samme spredning, men et gjennomsnitt på 10,8 års arbeidserfaring.

- Intervjuene varte fra 25 til 58 minutter, med et gjennomsnitt på 42 minutter.
- Alle intervjuene ble gjennomført på deres respektive kontorer.

En annen datakilde var basert på en form for fokusgrupper som i denne studien er omtalt som *dialogsamlinger*, *strategisamlinger* og *brukerråd*. Her deltok de samme brukerne og helse- og sosialarbeiderne som i intervjuene. I løpet av forskningsprosessen ble det gjennomført:

- Fem dialogsamlinger. Der deltok sju til ni helse- og sosialarbeidere og på en dialogsamling deltok også fire av brukere som var blitt intervjuet og en brukerrepresentant fra en brukerforening. Dialogssamlingene var heldagssamlinger på ca. seks timer.
- Tre strategisamlinger. Åtte til ni helse- og sosialarbeidere deltok og på to av disse deltok virksomhetsleder. På en av samlingene deltok også tre av brukerne som var blitt intervjuet og en brukerrepresentant fra en brukerforening. Strategisamlingene var heldagssamlinger på ca. seks timer.
- To brukerråd, hvor en til tre brukere, to – til fem helse- og sosialarbeidere og en brukerrepresentant deltok. Rådene varte i en til to timer.

Det var utskiftning av brukere og helse- og sosialarbeidere i dialog- og strategisamlingene og brukerrådet i løpet av de to årene datainnsamlingen foregikk. Totalt deltok sju brukere i dialog – og strategisamlinger og brukerråd, men deres livssituasjon bidro til at motivasjonen for deltakelse var varierende og stabilt oppmøte var vanskelig å holde over to år. Totalt deltok ni helse- og sosialarbeidere og to ledere

på dialogsamlingene. Fire helse- og sosialarbeidere, inkludert forskningsmedarbeider og en leder representerte en kjernegruppe som var stabil under hele forløpet. Hvem av de andre helse- og sosialarbeiderne som deltok varierte, da noen ble sykemeldte, tre av helse- og sosialarbeiderne sluttet og tre nyansatte helse- og sosialarbeidere kom med underveis i datainnsamlingsprosessen. Slik var det en åpen gruppe hvor noen helse- og sosialarbeidere var til stede under hele forløpet, mens andre var fraværende i perioder. Noen deltok fra begynnelsen og sluttet underveis, mens andre kom inn i gruppen på et senere tidspunkt. Det krevde at vi satte av tid både i dialoggruppen og utenom dialoggruppen for å informere om studien. Nyansatte opplevde dette krevende, da de samtidig skulle sette seg inn i sine nye daglige arbeidsoppgaver. For studien bidro de nyansatte med et *uten-fra-blikk*, som vi ikke hadde fått hvis gruppens deltakere hadde vært de samme hele tiden.

Dialog- og strategisamlingene ble alltid holdt på hoteller for å få en distanse til hverdagen, for å få ro, men også fordi helse- og sosialarbeiderne opplevde en slags ”luksus” ved å være på hoteller med gode lunsjer. Det var noe utenom det vanlige i en kommunal arbeidsdag, og slik fikk helse- og sosialarbeiderne noe ekstra igjen for sin deltakelse i en ellers travel hverdag.

En tredje datakilde var tekstbasert og hentet fra *individuelle planer*, til en viss grad *brukernes journaler* og *mine egne prosessnotat*. Sist nevnte kan sammenlignes med memos eller feltnotat. Der skrev jeg notater vedrørende samtaler som foregikk i form av samlinger, møter eller telefon, men også i forhold til datainnsamlingsprosessen. Det kunne eksempelvis være hvem som var til stede, innholdet i samtalen, hvor lang tid som ble brukt og tanker underveis i forhold til forskningsprosessen. Dette var for det meste beskrivelser og refleksjoner over 1) konkrete hendelser, dilemmaer og konflikter, brukernes og helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger, 2) brukernes, helse- og sosialarbeidernes og min rolleutforming av vår status og deltakelse, men også 3) hypotetiske teoretiske analyser og litteraturbaserte momenter. Jeg laget et system for å kunne skille disse tre kategoriene, slik at det i ettertid var lettere å håndtere notatene (Malterud, 2008).

Datamaterialet bestod slik av *to datasett* basert på tre datakilder. Et datasett inneholdt transkriberte individuelle intervju, dialogsamlinger, strategisamlinger og brukerråd, mens et annet datasett bestod av journaler, individuelle planer og prosessnotater. I oversikten under vises de ulike datakildene som datamaterialet er basert på.

| <b>Kilde 1: Individuelle intervju</b>                                |                   |                      |   |  |                       |
|--|-------------------|----------------------|---|--|-----------------------|
| Antall og hvem   | Antall intervjuer | Kjønns-Fordeling     | Alders-spredning                            | Status under intervjuet  | Gj. snittlig tidsbruk |
| 20 Brukere   | 26                | 7 Kvinner<br>13 Menn | Kvinner<br>21-56 år<br><br>Menn<br>24-49 år | 13 LAR-pasienter<br>3 Søkte LAR<br>3 Medikamentfri inst.behandling<br>2 Søkte medikamentfri behandling<br>3 Søkte ingen form for behandling<br>2 Innsatt i fengsel | 40 min.               |
| 11 Helse- og sosialarbeidere   | 11                | 8 Kvinner<br>3 Menn  | Kvinner<br>33-57 år<br>Menn<br>35-54 år     | 6 Sosionom<br>2 Sykepleier<br>2 Barnevernspedagog<br>1 Vernepleier   | 32 min.               |
| <b>Kilde 2 a: Dialogsamlinger</b>                                    |                   |                      |   |  |                       |
| Antall deltakere og hvem   |                   | Antall samlinger     |   |  | Tidsbruk              |
| 7-9 Helse- og sosialarbeidere  |                   | 5 samlinger          |   |  | 6 timer               |
| 4 Brukere  |                   |                      |   |  |                       |
| 1 Brukerforeningsrepresentant  |                   |                      |   |  |                       |
| <b>Kilde 2 b: Strategisamlinger</b>                                  |                   |                      |   |  |                       |
| Antall deltakere og hvem   |                   | Antall samlinger     |   |  | Tidsbruk              |
| 8-9 Helse- og sosialarbeidere  |                   | 3 samlinger          |   |  | 6 timer               |
| 3 Brukere  |                   |                      |   |  |                       |
| 1 Brukerforeningsrepresentant  |                   |                      |   |  |                       |
| <b>Kilde 2 c: Brukerråd</b>  |                   |                      |   |  |                       |
| Antall deltakere og hvem   |                   | Antall samlinger     |   |  | Tidsbruk              |
| 1-3 Brukere<br>2-5 Helse- og sosialarbeidere<br>1 Brukerrepresentant |                   | 2 råd                |   |  | 1-2 timer             |
| <b>Kilde 3: Tekstbasert data</b>                                     |                   |                      |   |  |                       |
| Journaler  |                   |                      |   |  |                       |
| Individuelle planer  |                   |                      |   |  |                       |
| Prosessnotater   |                   |                      |   |  |                       |

Fig. nr. 4: Tabellen viser oversikt over studiens datasett og datakilder

Datakildene er brukt på ulikt vis. Alle sitater i denne avhandlingen er basert på 1) *individuelle intervjuer med brukerne*, 2) *dialogsamlinger* og 3) *strategisamlinger med helse- og sosialarbeiderne- og brukerne*, og 4) *brukerråd med brukerne og helse- og*



*sosialarbeiderne*. Prosjekt-, ressurs- og styringsgruppemøtene, individuelle intervjuer med helse- og sosialarbeiderne, kompetansesamlinger (som omtales senere), brukernes journaler, brukernes individuelle planer og prosessnotater er behandlet som bakgrunnsdata for individuelle intervju med brukerne, dialog- og strategisamlinger og brukerråd.

Datamaterialet fylte i transkribert form fire A4 permer av fem centimeters tykkelse. Teksten var skrevet ut ensidig. Det var brukt Times New Roman med størrelse 12, med linjeavstand halvannen og med venstre og høyre margin på henholdsvis 3 cm og 5 cm.

## 5.8 Informanter som medforskere

Helse- og sosialarbeiderne og brukerne var informanter i kraft av at de bidro med kunnskap om sine lokale roller som helse- og sosialarbeidere og brukere på et helse- og sosialkontor. Det handlet om en anvendelse av deres erfaring som vesentlig kunnskap i forskningsprosessen. Wadel (1995, s. 25) skriver det slik:

”(...) kan vi slå fast at «normale» mennesker i alle kulturer og samfunn kan sies å være ganske kompetente samfunnsvitere ut fra den «forskning» i form av en lang kjede med feltarbeid folk foretar seg. Vi blir alle samfunnsvitere ved at vi fra barnsben av erverver oss ferdigheter i å være samfunnsforskere”.

Begrepet informant er på sett og vis problematisk å anvende i en studie som dette. Det har å gjøre med at begrepet informanter vanligvis henviser til en relasjon hvor samtalen ofte er preget av ensidighet, hvor forskeren spør og informanten svarer, gir informasjon. Begrepet kan i sammenheng med denne studien virke reduserende av flere grunner. For det første var treffpunktene mellom helse- og sosialarbeiderne, brukerne og meg som forskningsleder preget av *dialog*. Helse- og sosialarbeidernes og brukernes deltakelse i samlingene bar preg av opplevelsen av å være likeverdige partnere. Dialogen oss i mellom var en forutsetning for å skape og utvikle data/ kunnskap sammen om praksis med individuell plan. På den måten var alle *medsubjekter* som Hummelvoll (2003, s. 33) definerer som en: ”(...) som deltar i den virkelighet som studeres”. For det andre deltok

helse- og sosialarbeiderne, brukerne og jeg som forskningsleder med vår kunnskap, noe som bidro til utvikling av videre retning for forskningsprosessen og til å skape mening i resultatene. Helse- og sosialarbeiderne og til dels brukerne ble *medforskere*. Hummelvoll (2003, s. 33) definerer medforsker som: ”Hvor de med sin tenkning og sine avgjørelser bidrar til å skape ideer, utforme og gjennomføre prosjekter og trekke konklusjoner ut fra erfaringene”. I relasjonen hvor de medvirket som medsubjekter og medforskere ble skillet mellom *de* og *vi* redusert. Borg og Kristiansen (2009, s. 11) definerer *medforskning* som: ”(...) at personer i kraft av sin erfarings- og brukerkompetanse deltar på ulike vis i forskningsprosessen og samarbeider med utdannede og kvalifiserte forskere i kunnskapsdannelse”. Selv om den enkeltes medvirkning og medforskning varierte i løpet av forskningsprosessen, har jeg valgt å omtale alle som *medforskere* i avhandlingen, da deres bidrag var mer enn kun å la seg intervju.

Den utvalgte forskningsmedarbeideren hadde en spesiell status. Hun var på sett og vis min *nøkkelinformant* (Wadel og Fugelstad, 1991, s. 54), noe som innebar at hun var min tetteste samarbeidspartner. Hun ble en sentral datakilde og hadde som arbeid å delta ikke bare i den konkrete datainnsamlingen, men hadde også overordnet ansvar for at forskningen var praksisnær.

## **5.9 En relasjonell og refleksiv utforming av statusen som forskningsleder**

I forskningsprosessen var jeg opptatt av hvordan jeg utformet min status som *forskningsleder*. Jeg mente for det første at det var viktig at utforming av min status bidro til at *jeg kunne delta i et Vi*, som tidligere omtalt. I dette var jeg bevisst på *ikke* å posisjonere meg som en distansert forsker, men som et medsubjekt som ønsket å forske sammen med medforskerne. Det dreide seg om å forankre rollen(e) jeg inntok en ”bottom up” holdning. Min deltakelse i et *Vi* fordret at jeg fikk *tillit* på alle nivåer i organisasjonen. Min tidligere arbeidserfaring fra et hektisk sosialkontor for brukere med komplekse rusmiddelrelaterte problemer gjorde det lettere for meg ”å selge meg inn” som en av dem som forstod deres hverdag og problemstillinger. Det hjalp meg til å kommunisere meg inn som en ”bottom up”. Både lederne og helse- og sosialarbeiderne

sa til meg at: ”Det er så greit med deg for du kjenner rutinene og vet hvordan det er å arbeide på sosialkontor og arbeide med brukere med rusmiddelproblemer”. Brukerne sa: ”Det er bra du har jobba med sånne som oss, for da skjønner du hvordan vi har det”. Min lokale arbeidserfaring bidro til at jeg fikk tillit (Malterud, 2008) og det lettet tilgangen til et *Vi*.

For det andre var jeg bevisst på at utformingen av min status som forskningsleder ville prege og påvirke *etablering og utvikling av et felles Vi*. Derfor la jeg vekt på at medforskernes opplevelse av likeverd ble tydeliggjort for dem, til tross for den asymmetrien som ligger i statusene forsker og medforsker. Å delta likeverdig dreide seg *ikke* om å fordele ansvaret og arbeidsoppgavene likt, men at måten medforskerne og jeg forholdt oss til hverandre på bidro til at alle opplevde seg som likeverdige deltakere i *dialogen*. Jeg la vekt på at alles utsagn var like vesentlige som andres, da det var gjennom dialogen at medforskernes medvirkning med sine opplevelser og meninger ble virkeliggjort.

Slik så jeg min og medforskernes deltakelse i dialogen i et relasjonelt perspektiv. I dette lå det en bevissthet om at det var vesentlig for meg som forskningsleder å være bevisst konsekvensene av hvordan jeg benyttet mine kommunikative ferdigheter i dialogen, da dette ville påvirke hvordan helse- og sosialarbeiderne og brukerne anvendte sine kommunikative ferdigheter i dialogen. Akkurat som konsekvensene av hvordan hver enkelt av oss brukte våre kommunikative ferdigheter påvirket vår felles dialog. Et relasjonelt perspektiv på kommunikative ferdigheter var av epistemologisk verdi for det var gjennom vår felles dialog at ny fruktbar kunnskap ble skapt og utviklet. Derfor anstrengte jeg meg for å anlegge en grunnstemning av *vennlighet* for å skape en åpen og tillitsfull dialog. I dette konsentrerte jeg meg om å være ydmyk (soft) (Stringer, 1996, s. 57) overfor medforskerne og deres beskrivelse av den sosiale virkelighet de erfarte. Stringer (1996, s. 57) skriver:

”The open dialogue that constitutes a core ingredient of our research processes runs the risk of disturbing a carefully controlled and regulated environment. (...), it is essential to ensure that our initial entry to the setting is as soft as possible. We need to understand the complex interactions among people, events, and activities and to comprehend the

various ways in which they interpret their situations so that any activity we initiate sit easily in the minds of the people with whom we work”.

Slik var jeg bevisst min status og det relasjonelle ansvaret jeg hadde for å bidra til at samhandlingen ble preget av et *Vi*, hvor kunnskap kunne skapes i fellesskap.

### 5.9.1 En mangfoldig og transparent bruk av roller

I løpet av forskningsprosessen utformet og inntok jeg med varsomhet et rollerepertoar innenfor statusen forskningsleder, samtidig som helse- og sosialarbeiderne utviklet sine. Noen av rollene var knyttet til drift av forskningsarbeidet, eksempelvis sekretærrollen i forhold til søknader om finansiering og oppfølging av styringsgruppen. Under redegjøres det kun for rollene som eksplisitt ble brukt i datainnsamlingsprosessen i form av å skape og samle inn data.

I kraft av statusen forskningsleder; utformet jeg hovedrollen som *prosessveileder*. Det var en rolle hvor jeg observerte prosessen, samtidig som jeg tok aktivt del i dialogprosessen, inspirerte og stimulerte til endring, men jeg deltok aldri i den direkte samhandlingen med brukerne i utarbeiding og oppfølging av individuell plan. Denne rolleutforming hadde flere fellespunkt med det som Shein (1969) betegner som *process consultant*, hvor rollen er lik en katalysator for endringsprosesser, samtidig som jeg ikke selv deltok i disse. Innenfor denne rollen utformet jeg et rollerepertoar i løpet av forskningsprosessen. Enkelte av rollene var jeg alene i, andre delte jeg med forskningsmedarbeideren, men vi utformet rollene ulikt. Rollene jeg utviklet ga medforskerne komplementære roller. Når forskningsmedarbeideren ikke utformet egen rolle, deltok hun i de samme rollene som medforskerne.

Rollene jeg utformet var *moderator*, *novise*, *djevelens advokat* og *pedagog*. Jeg vekslet mellom dem, av og til kunne jeg innta nesten alle rollene på *en* samling, mens andre ganger inntok jeg kun enkelte av dem. Jeg var bevisst vennlignsinnet i alle rollene jeg etablerte og utviklet. Særlig i roller hvor jeg stilte kritiske spørsmål, var vennligheten en måte å sikre at deltakelse min ikke ble oppfattet som truende eller som kritikk. Jeg var

derfor tydelig på den måten at jeg eksempelvis kunne si at som helse- og sosialarbeider mener jeg det og det, eller som forsker spør jeg slik og slik. Samtidig som jeg forholdt meg fleksibelt til rollene (Reason, 1988, s. 25). Slik var mine roller transparente for deltakerne, det skapte harmoni og ivrig deltakelse. I det følgende redegjøres det for rollene hver for seg.

### 5.9.1.1 Moderator

Forskningsmedarbeideren og jeg inntok rollen som *moderator*. Sammen anstrengte vi oss for å holde entusiasmen oppe hos deltakerne. Forskningsmedarbeideren var moderator internt på kontoret, i det daglige arbeidet. Dette gjorde hun ved å holde forskningstemaet levende på kontoret, hun stod til rådighet for spørsmål fra den enkelte helse- og sosialarbeider, deltok eventuelt i samtaler med brukere og bidro med praktisk hjelp i utarbeidelsen av individuell plan. Nyansatte ivaretok hun ved å ha oppfølgingssamtaler med dem, for å sikre at de kom så fort som mulig inn i tema og datainnsamlingsprosessen og fikk et eierforhold til det.

I møtene og dialog – og strategisamlingene, som redegjøres for senere var jeg moderator. Dette var en arbeidsdeling vi var blitt enige om, da forskningsmedarbeideren ikke ønsket denne rollen. Jeg tok ansvar for en aktiv og strukturert styring av dialogen. Gjennom mitt arbeid med gruppeundervisning på universitetet hadde jeg trening i å etablere konstruktive gruppestrukturer som bidro til at vi mestret å holde fokus på fenomenet. Malterud (2011, s. 68) skriver: ”Moderator skal ha en aktiv rolle, og må derfor ha en god trening i å forebygge og gjenkjenne situasjoner der deltakernes stemmer blir overdøvet av spørsmål og styring”. Jeg passet på at alle kom til orde, og gruppedynamiske prosesser som bidro til kunnskapsutvekslingen. I dette var det vesentlig at jeg var sensitiv for deres følelser slik at alle følte de bidro konstruktivt. Dette bidro til at dialogen ble forankret til tema (Malterud, 2011). Jeg unngikk konflikter både mellom meg og helse- og sosialarbeiderne og brukerne eller dem i mellom, da konflikter kan låse for den åpne dialogen, og partene kan få behov for å forsvare seg i stedet for å utforske opplevelser og meninger (Stringer, 1996). Jeg tydeliggjorde at jeg anså alle som *medsubjekter og medforskere* ved at jeg vektla at alles meninger og opplevelser var

*genuint interessante* og av *vesentlig betydning*. Dette bekreftet jeg underveis både verbalt og nonverbalt med nikk, blikkkontakt, små hm, hm og andre småord som henviste til at utsagnene var verdifulle. Hensikten var at helse- og sosialarbeiderne og brukerne også skulle oppleve at det var mulig å snakke om praksis som *ikke* var i tråd med idealer for faglig, etisk og rettslig praksis. Stringer (1996) skriver at det er forskningsleders oppgave å tilrettelegge for at alle føler de kan delta på likeverdig vis, at de opplever gjensidig tillit, aksept for ulikt syn og respekt. I den forbindelse inngikk vi på første møtet en *pakt* om at alt som ble sagt, tilhørte de som var til stede, og skulle ikke omtales i disfavør til andre. Dette omtaler Thagaard (2009, s. 103): ”Betydningen av å etablere en god og tillitsfull atmosfære i intervjusituasjonen kan ikke overdrives. Hvis forsker ikke lykkes i dette, får intervjuet dårlig kvalitet”.

Videre utformet jeg rollen som moderator til også å inneholde humor. Jeg tok utgangspunkt i min erfaring med undervisning og litteratur om humor i seriøse sammenhenger, og vektla at samlingene hadde islett av humor. Hensikten var å redusere spenninger i kommunikasjonen som Tyrdal (2002) riktignok skriver om i forhold til pedagogikk, men jeg mener dette kan overføres til forskningsprosessen. Han skriver at humor kan bidra til å øke motivasjonen, øke gleden, bedre selvtilliten, stimulere interessen, redusere stress og engstelse og bedre forståelsen. Jeg passet derfor alltid på selv å bidra med *litt* humor og tydeliggjøre at det var rom for latter. Jeg var påpasselig med at humoren ikke tok fokus bort fra tema, men heller utvidet eller åpnet for ny forståelse av tema.

### **5.9.1.2 Novisen**

Både under intervju og i dialogsamlingene inntok jeg til tider rollen som *novisen*. Jeg tok rollen som den som ikke helt forstod, men som den interesserte, lyttende som gjerne ville vite mer og var nysgjerrig på deres opplevelser og meninger, for å fremme eller tydeliggjøre meningsinnholdet i deres utsagn. Dette gjorde jeg ved å lytte til hva de sa og ba dem gjenta, reformulere, hadde avklarende spørsmål, og jeg oppsummerte for å verifisere felles definisjoner og konnotasjoner til ord og begreper (Kvale, 1997, s. 90; Malterud, 2008, s. 179), noe som skapte en forståelse preget av intersubjektivitet. Det

ga helse- og sosialarbeiderne og brukerne rollen som eksperter, de tok rollen som de erfarne som hadde kunnskap og som visste hvordan kunnskap ble til og kunne bli anvendt. Helse- og sosialarbeidernes og brukernes rolle som eksperter ga muligheten for ”lange beskrivelser”.

### **5.9.1.3 Djevelens advokat**

Innimellom inntok jeg rollen som djevelens advokat, men dette var jeg forsiktig med når brukerne var til stede. Jeg benyttet meg av min teoretiske, praktiske og erfaringsbaserte kunnskap om arbeid på helse – og sosialkontor med brukere med rusmiddelproblemer til å innta et kritisk forskerblikk. Jeg benyttet kunnskapen til å utforske ulike teorier og sammenhenger for å utforske funn som viste seg i datamaterialet. Samtidig som jeg kritisk utfordret funn og medforskernes opplevelser og meninger ved å stille spørsmål som satte disse inn i andre sammenhenger. Eksempelvis byttet vi ut brukerne med rusmiddelproblemer til å være personer med hjerteproblemer, for å se tjenestetilbudet i en annen kontekst. Hvordan ville situasjonen da fortone seg, hvordan ville en da forventet å bli behandlet, hva er forskjell på pasienter med hjerteproblemer og brukere med rusmiddelrelaterte problemer, hva ligger til grunn for de ulike formene for hjelp? Denne rollen smittet over på medforskerne. De utforsket og utfordret sin etablerte praksis ved å anvende kunnskap fra andre kontekster. På den måten utfordret vi vår forståelse og fant nye sammenhenger.

### **5.9.1.4 Brukernes forsvarer**

Gjennom hele forskningsarbeidet inntok jeg rollen som brukernes forsvarer. Min holdning var lojalt knyttet til brukerne i den hensikt at de skulle få best mulig tjenestetilbud og dette skulle være mest mulig i tråd med deres egen oppfatning av hva som var til beste for dem. I dette lå det ikke en forståelse for at jeg ikke ville eller kunne forstå at helse- og sosialarbeiderne kunne ha gode grunner for å utføre en annen praksis, men jeg tok alltid brukernes side overfor helse- og sosialarbeiderne for å synliggjøre deres behov og rettigheter og utfordre helse- og sosialarbeidernes praksis.

### 5.9.1.5 Ulike roller skaper rikere datamateriale

I løpet av datainnsamlingsprosessen vekslet jeg mellom de ulike rollene. Wadel (1991, s. 58) skriver om observasjon, men kan overføres til denne sammenhengen, at "(...) rollene en inntar i høy grad bestemmer hvor en kan bevege seg, hva en kan gjøre og hva en kan spørre om, hvem en kan samhandle med". Selv om Wadel i denne sammenheng har hatt feltarbeid i tankene, mener jeg at utsagnet hans kan overføres til dialogen i intervjuene og dialogsamlingene, som jeg har beskrevet over. Når Wadel skriver: "(...) hvor en kan bevege seg", ser jeg dette i sammenheng med å bevege seg innen ulike tema i dialogen. Sitatet "(...) hva en kan gjøre" relaterer jeg til hvordan en kan utfordre dialogen. Videre med sitatet "(...) hva en kan spørre om" setter jeg i relasjon til hvor tett på kan en spørre, og til slutt "hvem en kan samhandle med", så ser jeg dette i forhold til å komme i posisjon til hverandre. Det handlet om min rolle, men også de ulike rollene vi alle inntok. Alles roller var vesentlige bidrag for at vi kunne erverve oss felles innsikt og bidrag til et rikere datamateriale (Wadel, 1991, s. 62). De ulike rollene hjalp oss til å forstå likheter og ulikheter.

Jeg pendlet også frem og tilbake mellom informantene. Ved å innta ulike roller og pendle mellom helse- og sosialarbeiderne, forskningsmedarbeideren og brukerne fikk jeg ulike type data, og ved å sammenligne disse fikk vi utvidet innsikt i sosiale prosesser (Hammersley og Atkins, 1987, s. 111).



## Kapittel 6 Metodisk prosess og refleksjoner

Datainnsamlingen var lang, møysommelig, og dialog- og prosessorientert. Prosessen beskrives forholdsvis omstendelig for å tydeliggjøre hvordan den var kontekstnær, systematisk og fortolkende. Deretter redegjøres det for hvordan datainnsamlingsprosessens karakter bidro til en kontinuerlig validering. Helt til slutt beskrives hvordan studiens pålitelighet og anonymitet er søkt sikret, og hvordan studien må kunne ansees som kontekstsituert generaliserbar.

### 6.1 En dialog- og prosessorientert datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk over to år og var delt inn i *runder* som bestod av *flere steg*. Rundene og stegene utgjorde strukturen i datainnsamlingsfasen og bidro til at den ble prosessorientert. I hver runde og hvert steg var hensikten å få dybdekunnskap om praksis for å utvikle *forståelsen* av praksis med individuell plan overfor brukere med rusmiddelproblemer. Forståelsen ble søkt gjennom problemstillingens fokus på helse- og sosialarbeidernes og brukernes opplevelser og mening, som tidligere omtalt henviste henholdsvis til det emosjonelle og det kognitive som basis for deres kunnskap.

Stegene bestod av individuelle intervjuer, dialog- og strategisamlinger og brukerråd. Hvert av stegene hadde ulike hensikter, som jeg mener har flere felles punkter med Stringers (1996, s. 16) tre trinn *look*, *think* og *act*. Han mener disse tre trinnene danner en gunstig arbeidsgang for forskning hvor en ønsker å fremme forståelse for en eksisterende situasjon, som en ønsker å utvikle nye løsninger for. Dette stemte godt overens med denne studien hvor en hadde en idé og hensikt om å bidra med kunnskap om individuell plan for å kunne bedre tjenestetilbudet til brukere med rusmiddelproblemer. *Look* er første trinn, hvor en samler relevant informasjon (gather relevant information). Hensikten er å definere og beskrive situasjonen for å danne seg et bilde av denne (build a picture). Beskrivelsen av situasjonen er grunnlaget for å kunne utforske og analysere hva det er som skjer i situasjonen (explore and analyze). Dette kaller Stringer for *Think*. Ved å spørre hva som skjer i situasjonen, kan en utvikle

hypoteser. Disse tolkes og kobles til ulike forklaringer for å prøve ut ulike teorier. Dette for å forstå hvorfor og hvordan ting er som de er (theorize). På bakgrunn av disse teoriene lages en strategi som implementeres som en *Act*. Etter en stund evalueres resultatet av den implementerte strategien (implement og evaluate). Funnene diskuteres og angir retning for den videre forskningsprosessen. For hvert av stegene var dialogen sentral for å skape mening og utvikle forståelsen av praksis knyttet til individuell plan.

## **6.2 Datainnsamlingens tre runder - den reelle og ideelle praksis**

I det følgende har jeg valgt å redegjøre for strukturen og innholdet i datainnsamlingsprosessen i kronologisk rekkefølge, og ikke redegjøre for datainnsamlingen tematisk, som er mer vanlig. Bakgrunnen for dette er for det første å være presis på *hvem som deltok i hva*, hva *målsettingen* var og hvordan *data ble behandlet* i de ulike rundene og stegene. For det andre er dette valgt for å gi en *forståelse* av hvordan denne strukturen *tilrettela* for en *hermeneutisk prosess*. Datainnsamlingsprosessen bestod av tre runder, hver med tre til seks steg.

Den første runden redegjøres for grundigere enn andre og tredje, da mye av innholdet i stegene i første runde gjentas i de øvrige. Det som er likt, omtales derfor kort og det henvises til første runde for utdyping.

### **6.2.1 Forberedende runde; Orientering og første kompetansetiltak**

I forberedende runde ble studien presentert for *alle* ansatte på helse- og sosialkontoret. Det ble ikke skilt på om de ansatte arbeidet merkantilt eller helse- og sosialfaglig, eller indirekte eller direkte med brukere. Hensikten var for det første at alle ansatte skulle være orientert om studien. For det andre var det for å øke de ansattes forståelse for hva de utvalgte helse- og sosialarbeiderne skulle delta i, og at dette kunne påvirke til endringer i fordelingen av arbeidsoppgaver. Avdelingsleder innledet ved å sette studien

i sammenheng med kontorets og kommunens handlingsplan, og som forskningsleder orienterte jeg om studiens idé og hensikt.

Deretter ble prosjektgruppen samlet med de utvalgte helse- og sosialarbeiderne for å etablere en felles referanseramme. Det gjaldt for det første i forhold til kunnskap, målsetting, lovverk og sentrale verdier knyttet til individuell plan. En person fra daværende Sosial- og helsedirektoratet redegjorde for bakgrunnen og målsettingen med individuell plan. En jurist som hadde vært med i utvalget som laget utkastet til første veileder til individuell plan og som har skrevet bøker om tema, presiserte rettsliggjøringen av individuell plan. En forsker som tidligere hadde gjennomført et forskningssamarbeid på et kommunalt helse- og sosialkontor orienterte sammen med en av prosjektets medforskere om sine erfaringer. For det andre gjaldt det å skape en felles referanseramme for å etablere forskningssamhandlingen med helse- og sosialarbeiderne og starte dialogen om forskningsprosessen. Prosjektbeskrivelsen ble gjennomgått for å diskutere hvilke rammer den ga for datainnsamlingsprosessen, og hvilke muligheter og begrensninger den ga for deres påvirkning. Intensjonen var at alle skulle få en forståelse av sin mulighet for deltakelse og hva deltakelsen ville kreve av dem. I dette utforsket vi hverandres forventninger for å skape en felles forståelse for hvordan alle kunne påvirke datainnsamlingsprosessen. Reason (1988, s. 23) skriver: “Once a group has been established or more likely once a group of people have expressed a degree of interest, it is really important to explore carefully the different expectations people bring to it, (...)”

### 6.2.2 Første runde

Ved oppstart av datainnsamlingen (våren 2006) hadde ingen av helse- og sosialkontorets brukere med rusmiddelproblemer en individuell plan utarbeidet i tråd med lovverket. Brukerne som hadde en plan, hadde *tiltaksplan* som var blitt *omdøpt* til *”individuell plan”*.<sup>2</sup> Dette hadde sammenheng med den tidligere omtalte registreringen av antallet individuelle planer som helse- og sosialdepartementet stilte krav om på den tiden. For å møte dette kravet hadde en tidligere virksomhetsleder vurdert at det var

---

<sup>2</sup> I det videre nedtegnes disse planene i anførselstegn som her, for å synliggjøre at dette er omdøpte tiltaksplaner

liten forskjell på tiltaksplan og individuell plan, og valgte derfor å omdøpe tiltaksplanene, slik at kontoret kunne komme heldig ut av registreringen. I realiteten er en tiltaksplan rettslig forskjellig fra individuell plan, som redegjort for tidligere (kapittel 2). Til tross for forskjellen vurderte ikke bare den tidligere virksomhetslederen, men også flere av helse- og sosialarbeiderne og deres ledere at forskjellen på en tiltaksplan og en individuell plan, ikke var stor. Det var derfor enkelt for dem å døpe om tiltaksplan til ”individuell plan” og registre dem som dette.

Hovedmålsettingen med første runde var å få data som kunne skape en *baseline* for studien.

#### 6.2.2.1 Første runde, Steg 1: Første individuelle intervju

##### **Målsetting**

Målsetting med første steg i første runde var å samle data som *ga innsikt i brukernes virkelighetsforståelse av sine opplevelser og meninger om eksisterende praksis med den omdøpte planen*, i forhold til faglige, etiske, rettslige rammer for individuell plan. Den eksisterende praksis som var av interesse var knyttet til problemstillingens fokus på brukermedvirkning, målsettingen om koordinerte og individuelt tilpassete tjenester og dette i lys av at brukerne hadde omfattende rusmiddelproblemer. Dette var en type feltstudie, som handlet om å samle data for å kunne danne et bilde av eksisterende praksis, som kan knyttes til Stringers (1996) første trinn; *look*.

##### **Metode**

Individuelle intervjuer ble valgt da metoden egner seg spesielt godt for å undersøke hvordan folk forstår sin verden og hvilke fortolkninger de har om den (McCracken, 1988; Kvale, 1997, s. 61; Denzin og Lincoln, 2003; Kvale og Brinkmann, 2009). Fokusgrupper valgte jeg bort, da jeg vurderte og fikk bekreftet av helse- og sosialarbeiderne og senere av brukerne at innholdet i en individuell plan kan berøre personlige, private og sårbare tema. Dette kan være tema som det ikke er etisk forsvarlig å ta opp i grupper, men som kan forsvares etisk i individuelle intervjuer hvor informantenes integritet kan ivaretas bedre. Det kunne være informasjon knyttet til

konsekvenser av det å ha rusmiddelproblemer over lengre tid, som de opplevde privat og sensitivt, og tilhørte intimsfæren.

### **Utvalg**

Virksomhetslederens omdøping av tiltaksplan til ”individuell plan” bidro til at helse- og sosialarbeiderne kun kunne rekruttere brukere som informanter som egentlig hadde fått utarbeidet tiltaksplaner. Seks av seks spurte brukere med rusmiddelproblemer som hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester møtte til individuelt intervju. Fordelingen på kjønn var fire menn med en aldersspredning på 31- 49 år og to kvinner med en aldersspredning på 34-46 år. Fem var LAR pasienter og en sonet i fengsel.

### **Intervjuguide og prosess**

På bakgrunn av diskusjoner i prosjektgruppen om *hva* det var viktig å få data om og at *helse- og sosialarbeiderne* vurderte *tiltaksplan* som *det samme som en rettsliggjort individuell plan*, valgte jeg å foreta individuelle intervju av brukerne *som om de hadde* en individuell plan utarbeidet i tråd med tilhørende rettsliggjøring. Dette dreide seg særlig om reguleringer og bestemmelser som korresponderte med problemstillingens fokus, eksempelvis brukermedvirkning og målsettingen om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester. Hvilke opplevelser og meninger hadde brukerne om sin mulighet for brukermedvirkning? Hvilke opplevelse og mening hadde de om at planen bidro til at tjenestene ble koordinerte, at de fikk helhetlige tjenester som var individuelt tilpassete? På den måten bidro intervjuene med data om likheter og ulikheter mellom de to planene. Sagt på en annen måte ble den *reelle praksis* i arbeidet med den såkalte ”individuelle planen” synliggjort i forhold til *idealer for praksis* i utarbeidelse og oppfølging av en lovfestet individuell plan.

Denne formen for intervju hadde mange felles trekk med det som Kvale og Brinkmann (2009, s.151) definerer som “conceptual interviews”. De skriver: “The questions in conceptual interviews explore the meaning and the conceptual dimensions of central terms, as well as their positions and links within a conceptual network”.

Intervjuguiden var semistrukturert for å kunne stille spørsmål om brukernes opplevelser og meninger om arbeidet med den omdøpte tiltaksplanen (se vedlegg nr. 4). Alle svarene var åpne. Jeg forholdt meg fleksibelt til intervjuguiden for å kunne tilpasse spørsmålene til den enkeltes forutsetninger (Thagaard, 2009). Jeg lot informantene snakke, og avbrøt dem ikke om de snakket om tema i en annen rekkefølge enn jeg hadde satt opp. Intervjuguiden ga en struktur, som jeg erfarte var til hjelp for å holde intervjuet innenfor problemstillingens tema (Kvale og Brinkman, 2009; Thagaard, 2009; Malterud, 2011). Samtidig brukte jeg intervjuguiden som en kvalitetssikring på at jeg fikk svar på alle tema og spørsmål som var ført opp i den. Spørsmålene var rettet både mot spesifikke og generelle opplevelser med praksis. Eksempler på spesifikke opplevelser kunne være hvordan de erfarte den reelle praksis i forhold til informert samtykke og brukermedvirkning i arbeidet med planen. Dette ble spurt om for å se den spesifikke praksis opp mot veileder til forskrift om individuell plan (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b) som krevde informert samtykke både i forhold til utarbeidelse av individuell plan og utveksling av taushetsbelagte opplysninger, og ga brukerne rett til medvirkning. Samtidig som jeg stilte helt åpne generelle spørsmål, eksempelvis som: ”Fortell meg hvordan du har opplevd å ha en slik plan? Hva har du tenkt underveis?” Denne åpne holdningen ga rom til å favne det uventede, det en som forsker og utenforstående ikke har kunnskap om eller forutsetninger for å kunne spørre om. Jeg la vekt på å være lyttende, og lot brukerne beskrive sine opplevelser med ”individuell plan” og hva de mente om dem, uten at jeg avbrøt dem. Jeg spurte *hva* og *hvordan* spørsmål. Eksempelvis: ”Hva skjedde?” og ”Hvordan skjedde det?” Jeg var forsiktig med *hvorfor* spørsmål (Kvale, 1997, s. 78), men av og til spurte jeg: ”Hvorfor tror du at dette skjedde?” som en oppklaring på hvorfor de trodde det skjedde med dem og i deres situasjon. For å verifisere mine tolkninger av brukernes meninger stilte jeg fortolkende oppklarende- og oppfølgende spørsmål (Kvale, 1997, s. 90; Malterud, 2011, s. 182), slik som: ”Er det slik at du mener (...)”, eller oppfølgings spørsmål som: ”Du sier at du ble (...), tror du det har sammenheng med (...)?”. I hele intervjuet vektla jeg å utvise sensitivitet og empati for å lære noe nytt (Malterud, 2008), samtidig som jeg brukte min kunnskap om rusmiddelproblemer, individuell plan og praktisk sosialt arbeid på sosialkontor for å få best mulig resultat. Jeg forholdt meg i hele forskningsprosessen bevisst til de individuelle intervjuene som et moralsk foretakende med en etisk dimensjon (Kvale, 1997, s. 67).

Jeg var bevisst at asymmetrien i intervjusituasjonen kunne påvirke hvor fortrolige og åpne informantene ville velge å være (Thagaard, 2009). I intervjuene opplevde jeg meg allikevel som ”en reisende” som Kvale og Brinkmann (2009, s. 48) kaller det, hvor jeg utforsket både det kjente og det ukjente sammen med informantene. Intervjuene fortonet seg for meg å være i overensstemmelse med den egentlige betydningen av ordet konversasjon, som Kvale og Brinkmann (2009, s. 48) skriver betyr: ”(...) wandering together with”. Det var en *vandring sammen med brukerne* om hvordan de opplevde ”individuelle planer” *over tid*. Dette skjedde blant annet ved at jeg spurte dem: ”Hvordan var det å utarbeide planen? Hvordan opplever du planen i dag? Hva tror du planen kan bidra med i fremtiden?” Intervjuet var på mange vis en form for et *aktivt intervju*, hvor vi sammen skapte mening til den kunnskap og de opplevelsene som informantene formidlet.

Den semistrukturerte intervjuguiden åpnet for brukernes konstruksjoner og fortolkninger av sin livsverden, knyttet til den levende kunnskapen om det å være bruker med rusmiddelproblemer og ha en ”individuell plan”. Intervjuet ble gjennomført som et semistrukturert livsverden-intervju (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 27):

”A semi- structured life world interview attempts to understand themes of the lived everyday world from the subjects’ own perspectives. This kind of interview seeks to obtain descriptions of the interviewees’ life world with respect to interpretation of the meaning of the described phenomena”.

Intervjuet var deskriptivt orientert for å få tykke beskrivelser (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 67) av informantenes livsverden og med deres egne ord. Det var en tilnærming hvor fokuset var på brukernes interrelasjoner, sosiale virkelighetskonstruksjoner og på språklige og interaksjonsmessige aspekter (Kvale, 1997, s. 40).

### **Bearbeiding og analyse av datamaterialet**

Intervjuene ble tatt opp på lydfil. Datamaterialet ble transkribert ordrett. Alle data ble anonymisert.

I analyseprosessen benyttet jeg en form for meningskondensering som har flere felles trekk med analysen som Malterud (2008) presenterer. Jeg anstrengte meg for å tilnærme meg datamaterialet på en reflektert måte med tanke på at jeg selv hadde arbeidet i feltet og nå var forsker. Dette utdypes senere.

Først leste jeg gjennom hele intervjuet for å danne meg et bilde av "helheten". Jeg la vekt på ikke å henge meg opp i detaljer, men å finne hvilke *temaer* datamaterialet inneholdt. På bakgrunn av de valgte temaene fant jeg meningsenheter som inneholdt relevant kunnskap. Jeg søkte å lese informantenes uttalelser så lite forutinntatt som mulig, og nedtegnet dem slik som informantene uttrykte seg. Målet var her som gjennom hele forskningsprosessen, å være mest mulig lojal ovenfor informantene og deres måter å beskrive sine meninger og opplevelser på, uten at jeg knyttet dem til mine holdninger som fasit (Malterud, 2011). På dette trinnet skilte jeg relevant tekst fra irrelevant slik Malterud (2008) presiserer. Jeg sorterte den relevante teksten ved å systematisere meningsenhetene innenfor de ulike temaene og *kategoriserte* dem. På den måten begynte jeg dekontekstualiseringen av teksten. I neste trinn kondenserte jeg innholdet i meningsenhetene, og foretok en ytterligere dekontekstualisering ved å konstruere undergrupper i kategoriene som ble *kodet*. I samsvar med Malterud (2008, s. 107) laget jeg på dette trinnet *kunstige sitat* av meningsenhetene i kodegruppene. Det var sammenfatninger som beskrev innholdet i meningsenhetenes generelle form, men ved bruk av informantenes begreper for å ivareta lojaliteten til deres utsagn. Disse konkretiserte jeg ved å velge ut direkte sitater fra informantene. På dette trinnet undersøkte jeg meningsenhetene ved å stille spørsmål i lys av studiens formål. Eksempelvis, hva kan jeg finne i datamaterialet om *brukermedvirkning* i brukernes uttalelser om informert samtykke til inngåelse av individuell plan? Deretter rekontekstualiserte jeg teksten ved at jeg forfattet konsise *innholdsbeskrivelser* for hver kategori på basis av de kondenserte tekstene og utvalgte sitatene, som var innenfor konteksten til de intervjuedes selvforståelse (Kvale, 1997, s. 144). Disse ga jeg fem korte *hovedkategorier* som jeg vurderte til å være sammenfallende med fem tema som er sentrale innenfor arbeidsprosessen med individuell plan. (Arbeidsprosessen med individuell plan redegjøres for i punkt 7.7) Disse fem hovedkategoriene bestod av 1) *Inngåelse av individuell plan*, 2) *Relasjonen bruker – helse- og sosialarbeider*, 3)



*Medvirkning i utarbeidelse av individuell plan, 4) Innhold og oppfølging av individuell plan 5) Målsetting og nytte med individuell plan.* Slik var kategoriene og kodene både datadrevne (data driven) og kodedrevne (code driven) (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 202). Jeg foretok en horisontal analyse (Malterud, 2008), da mitt fokus som sagt *ikke* var å følge hver enkelt informant.

Dette resulterte i en *oversikt* over de fem hovedkategoriene som var delt inn i flere underordnede kategorier som igjen inneholdt kondenserte tekster konkretisert med utsagn fra informantene. Eksempel på hovedkategori: ”Inngåelse av individuell plan”, med underordnet kategori: ”Informert samtykke”, med kode: ”Underskrift”, med kondensering: ”Brukerne vet ikke hva de skriver under på”, konkretisert med direkte utsagn fra bruker: ”Jeg bare skriver under på alt, men jeg vet ikke hva”.

Oversikten ga et bilde av brukernes opplevelser og meninger om eksisterende praksis, deres opplevelse av den reelle praksis. Samtidig viste oversikten også utdrag av føringer for idealer for praksis med individuell plan gjennom henvisning til normer i lovverk, forskrifter, veiledere og helse- og sosialfaglige idealer for praksis. På den måten viste oversikten brukernes opplevelser og meninger om den *reelle* praksis sett i forhold til den *ideelle*.

Denne oversikten var ikke bare et produkt av brukernes opplevelser og meninger, den var også farget av mine fortolkninger i valg av koder og av hvilke utsagn som jeg hadde vurdert som passende å trekke ut. Begrunnelsen for at dette ble gjort av meg alene og ikke i samarbeid med forskningsmedarbeideren, var knyttet til at det i samtykkeerklæringen ikke var bedt om innsyn i råmaterialet for forskningsmedarbeideren. Dette ble vurdert som mest hensiktsmessig, da flere av brukerne hadde utarbeidet den omdøpte tiltaksplanen sammen med forskningsmedarbeiderne og vi ønsket å tilrettelegge for at brukerne skulle oppleve at de kunne uttale seg så ”fritt” som mulig.

Med de begrensninger det kan ha medført at jeg foretok kodingen av datamaterialet alene, bidro denne oversikten som også var anonymisert, i første omgang til at

forskningsmedarbeideren og jeg hadde et felles utgangspunkt for å diskutere resultatene. Samtidig ga oversikten mulighet til at vi utforsket hverandres refleksjoner over hvordan jeg hadde kodet datamaterialet, men også i forhold til meningsenhetenes innhold. På den måten diskuterte vi alternative tolkninger av eksisterende praksis og alternative teorier. Resultatet av dialogen og refleksjonsutvekslingen bidro etter vår vurdering på en god måte til presisering, input og spissing av kjernespørsmål til den første dialogsamlingen, hvor oversikten ble presentert for helse- og sosialarbeiderne.

### 6.2.2.2 Første runde, Steg 2: Første dialogsamling

#### **Målsetting**

Målsettingen med første dialogsamling var å skape en felles referansebakgrunn, en kollektiv kunnskapsbase for de som var involvert i datainnsamlingsprosessen, da dette ville være utgangspunktet for innholdet i første strategi for endring av praksis. Derfor var det vesentlig å danne seg et bilde av den praksis som både brukerne og helse- og sosialarbeiderne opplevde som *reell* med den omdøpte planen og se dette i forhold til føringer for *ideell* praksis, som vil si faglige, etiske og rettsliggjorte rammer for individuell plan. Også i dette var det et særlig søkelys rettet mot problemstillingens fokus på brukermedvirkning, målsettingen om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete planer og at brukerne hadde store rusmiddelproblemer. Målsettingen i dette steget var også i Stringers terminologi, trinn; *look*.

#### **Metode**

På bakgrunn av diskusjoner i prosjektgruppen om hvilken metode som egnet seg best for å behandle informasjonen vi hadde fått gjennom de individuelle intervjuene med brukerne, valgte vi en form for *dialogsamlinger*. Dette var samlinger som har en del fellestrekk med fokusgrupper, hvor en samler flere personer for å få innsikt i forhold rundt personlige og felles opplevelser, meninger, oppfatninger og holdninger som lå bak handlingene i praksis. Målet med dialogsamlingene var ikke å oppnå konsensus eller finne *en* løsning, men å få frem ulike synspunkter og bredde på temaet (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 150). Dette vurderte jeg som mulig selv om gruppen var ganske stor, fordi temaet var godt avgrenset (Malterud, 2008). Styrken ved å bruke slike

grupper som teknikk er nettopp *livligheten* (liveliness), kompleksiteten og uforutsigbarheten, hvor deltakerne i interaksjon med hverandre finner nye sammenhenger (Barbour og Kitzinger, 1999; Kvale og Brinkmann, 2009, s. 150). Dette skjer ved at flere er samlet, i interaksjon stimulerer de hverandre og det er rom for spontanitet. Gruppemedlemmer kan gi rikt detaljerte beskrivelser av komplekse opplevelser og tankegangen bak handlingene de foretok, og slik berikes data (Carey, 1994; Webb og Kevern, 2001). Dialogsamlingene hadde dobbelt karakter, både av å være middel til å skaffe det empiriske materiale, men også av å være selve empirien (Fog, 1998). Samlingene viste seg også godt egnet til å fremskaffe informasjon for teoriutvikling (Barbour og Kitzinger, 1999), noe jeg anså som vesentlig, da individuell plan er et forholdsvis nytt verktøy, og det er lite teori direkte knyttet til dette. Underveis vurderte jeg det som nødvendig å komplementere med Honneths teori om gjensidig anerkjennelse for å kunne forstå og forklare det som foregikk i de relasjonelle og sosiale prosessene under utarbeidelse og oppfølging av individuell plan.

### **Utvalg**

Den første dialogsamlingen bestod av fem helse- og sosialarbeidere, forskningsmedarbeideren, en leder og meg som forskningsleder, åtte personer inkludert meg. Til denne samlingen ble ingen brukere invitert, noe som vi i ettertid tenkte at de kunne ha vært. Avgjørelsen var forbundet med vår egen usikkerhet som var todelt. For det første var vi nok usikre på hvordan denne formen for samling skulle foregå, da dette var første gang. For det andre må det også innrømmes at vi var skeptiske til brukernes evne til å delta konstruktivt, til tross for at vi ikke hadde erfaring med at dette kunne være komplisert.

### **En oversikt, som en semistrukturert guide og prosess**

Dialogen tok utgangspunkt i oversikten med de fem hovedkategoriene som må kunne sies å ha fungert som en semistrukturert guide. Oversikten ga en struktur for dialogen og bidro til at vi kunne forholde oss til enkelte deler av arbeidsprosessen med individuell plan, samtidig som vi diskuterte helheten. Vi forholdt oss likevel ikke slavisk til oversikten, men ga rom for å favne det uventete og spontane som kunne oppstå i

livligheten i dialogen. I dette ble vi alle som *reisende* (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 48). Gjennom åpne spørsmål og tillit til hverandre utforsket vi sammen både den gode praksis og den mindre gode praksis, den kjente praksis og den ukjente praksis. Medforskerne deltok og signaliserte tydelig at dette var et forum hvor de følte de kunne snakke åpent, også om den praksisen som ikke var faglig, rettslig og / eller etisk holdbar. De fortalte åpent om handlinger som eksempelvis var i strid med lovverket og som reduserte brukernes autonomi. Tilsynelatende lyttet alle til hverandre, ingen devaluerte hverandres utsagn, de nikket velmenende til hverandre og bekreftet gjenkjennende til andres beskrivelser. De ga uttrykk for at oversikten ga god informasjon om brukernes opplevelser og meninger om eksisterende praksis. Videre mente de at strukturering av tema hjalp dem til å få en distanse og et annet blikk på egen praksis. I dialog ble kunnskap skapt og utviklet, noe som bidro til at de fikk fornyet kunnskap. De fikk kunnskap om hva som skilte individuell plan fra tiltaksplaner i forhold til problemstillingens fokus på brukermedvirkning og målsettingen om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester. Slik ble likheter og ulikheter mellom den omdøpte tiltaksplanen og individuell plan avdekket.

Dette ble gjort gjennom dialog og refleksjoner over dilemmaer og konflikter rundt ulike interesser koblet til 1) *brukernes opplevelser og meninger om den eksisterende praksis*, og 2) *helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger om egen praksis*, 3) *helse- og sosialfaglige føringer for en god praksis*, 4) *rettslige idealer gjennom lovverk, forskrifter og veileder*.

### **Bearbeidelse og analyse av datamaterialet**

Dialogsamlingen ble tatt opp på lydfil og transkribert ord for ord. Helse- og sosialarbeidernes utsagn ble anonymisert og satt inn i samme type oversikt som datamaterialet fra intervju av brukerne. Forskjellen var at denne gangen inneholdt de fem hovedkategoriene både *brukernes* og *helse- og sosialarbeidernes* opplevelser og meninger om den praksis de opplevde som *reell* og som ble koblet til føringer for *ideell* praksis gjennom rettslige rammer som lovverk, forskrifter, veileder og helse- og sosialfaglig litteratur. Derfor ble også noen kategorier og koder endret ved at antallet ble utvidet eller redusert.

Som forberedelse til andre dialogsamling ble oversikten i likhet med de individuelle intervjuene gjenstand for en diskusjon og refleksjoner mellom forskningsmedarbeideren og meg. Dialogen bidro til oppklaringer av spørsmål jeg hadde, eksempelvis i forhold til hvordan de i praksis behandlet samtykkeerklæringene for utveksling av opplysninger, dataprogrammers fleksibilitet og enkelte rutiner. Dette førte til spissing og input til spørsmål til andre dialogsamling.

### 6.2.2.3 Første runde, Steg 3: Andre dialogsamling

#### **Utvalg**

Andre dialogsamling bestod av de samme helse- og sosialarbeiderne som ved første dialogsamling.

#### **Målsetting**

Målsettingen med andre dialogsamling var annerledes enn den første. Målsettingen var å få kunnskap om 1) *hvilken praksis kan forsvares faglig, etisk og rettslig*, 2) *hvilken praksis må endres og til hva*, og 3) *hvilken kunnskap trenges for å klare dette*? De tre punktene var knyttet til problemstillingens fokus på brukermedvirkning, målsettingen om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester og brukere med rusmiddelproblemer. I Stringers terminologi var datainnsamlingsprosessen i trinn; *think*.

#### **Prosess**

Oversikten synliggjorde ikke bare et bilde av brukernes opplevelser og meninger om eksisterende praksis som i første dialogsamling, men også helse- og sosialarbeidernes. Dette var koblet til rettslige, etiske og faglige føringer for individuell plan. Helse- og sosialarbeidernes egne utsagn, som var plassert i sammenheng med brukernes utsagn ble utgangspunkt for, akkurat som i første dialogmøte, en dialog om hva som ble oppfattet som den *reelle* praksis i forhold til den *ideelle* praksis.

Vekslingen mellom den reelle og ideelle praksis fremmet refleksjoner over dilemmaer og konflikter om ulike interesser koblet til 1) *brukernes opplevelser og meninger om den eksisterende praksis*, og 2) *helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger om*

egen praksis, 3) helse- og sosialfaglige føringer for en god praksis, 4) rettslige idealer gjennom lovverk, forskrifter og veileder.

Ved å stille spørsmål om underliggende antakelser og verdier som en ante lå til grunn, ble grunnleggende problemer identifisert. Eksempelvis; ”Påvirker det deres praksis at dere har en følelse av at bruker ikke bryr seg om samtykkeerklæring for innhenting av opplysninger?” Oversikten med den systematiske inndelingen av kategorier, koder og kondenserte tekster konkretisert med direkte sitater fra helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger om den praksis de selv utøvde, bidro til bevisstgjøring av uskrevene regler for kontorets praksis. Flere uttrykte dette og en helse- og sosialarbeider sa:

”Det er rart, jeg vet jeg har sagt det, men når jeg ser det slik i en oversikt og sammenheng, ser jeg det på en helt ny måte. Noe av dette blir jeg nesten litt flau over at jeg har sagt. Altså at det er slik vi gjør det i praksis, men det er riktig det som står der.”

På den måten bidro oversikten til en metaposisjon til egen praksis, fordi oversikten åpnet for andre perspektiv på egen praksis enn helse- og sosialarbeiderne hadde til daglig (Malterud, 2008). I dialogen skjedde det en form for overskridende erkjennelse, ved *refortolkning* av kunnskaper og opplevelser som tidligere var fortolket av dem selv, brukerne og meg. I dette bidro oversikten til å fremme refleksjoner både over den eksisterende og fremtidige praksis, og på den måten dreide dette seg mer om: ”(...) that knowledge is formed in and for action rather than in and for reflection.” (Reason, 1988, s. 12). Kunnskapen ga muligheten til alternative tolkninger og forklaringer. Stringer (1996) benevner dette som *think*, (interpret and explain).

Disse refleksjonene foregikk på tre nivåer (Reason, 1988, s. 49). Det første nivået var på et *deskriptivt* nivå, hvor vi fenomenologisk søkte å beskrive hvordan brukerne og helse- og sosialarbeiderne opplevde eksisterende praksis. Det andre nivået var *evaluerende*, hvor fokus var rettet mot hvor gode disse beskrivelsene var, og hvordan de forholdt seg til andre beskrivelser i datamaterialet. Det tredje nivået var av praktisk art og basert på de to forutgående, deskriptivt og evaluerende, hvor vi reflekterte over og utviklet en

felles forståelse av *hvilken praksis som ble vurdert som faglig, etisk og rettslig forsvarlig*, og *hvilken praksis som ble vurdert til å måtte endres og til hva for å kunne bli forsvarlig*. Helse- og sosialarbeiderne vurderte at de *manglet kunnskap for å få til endringer* av sine handlinger og slik ble den dialektiske relasjonen mellom kunnskap og handling tydeliggjort (Kvale, 1997; Kvale og Brinkmann, 2009). Helse- og sosialarbeiderne vurderte at de trengte mer kunnskap, blant annet om taushetspliktreglene, og om hvordan de kunne arbeide brukermedvirkningsorientert med individuell plan overfor brukere med rusmiddelproblemer. De mente det var nødvendig å utarbeide en *internveileder* for hvordan de skulle utføre arbeidet med individuell plan og så også behovet for en *brukerinformasjonsbrosjyre*.

### **Bearbeidelse og analyse av datamaterialet**

Den andre dialogsamlingen ble også tatt opp på lydfil og transkribert ord for ord. Alle utsagn ble anonymisert. Datamaterialet ble analysert og satt inn i samme type oversikt som etter første dialogsamling.

Som resultat av individuelle intervju og to dialogsamlinger, og forberedelse til første strategisamlingen utarbeidet jeg *et forslag* til en *internveileder* og en *informasjonsbrosjyre* til brukerne. For å sikre at internveilederen reflekterte resultatene og var praktisk anvendelig ble den gjennomgått sammen med forskningsmedarbeideren. Hun bidro med praktisk kunnskap, slik at internveilederen blant annet ble tett koblet til data- og andre samhandlingssystemer og rutiner på kontoret.

#### **6.2.2.4 Første runde, Steg 4: Andre kompetansetiltak**

Etter andre dialogsamling ble ressurspersoner engasjert til å undervise i de temaene helse- og sosialarbeiderne vurderte de trengte for å kunne iverksette første strategi. En helse- og sosialarbeider fra psykiatrien som hadde arbeidet mye med individuell plan utfordret helse- og sosialarbeiderne i rollespill på brukermedvirkning, fleksibilitet og forenkling i utarbeidelsen av planen. Den samme juristen som tidligere hadde orientert om lovgrunnlaget for individuell plan underviste i taushetsbestemmelsene. En representant for RIO som selv var svært interessert i individuell plan kom og redegjorde for organisasjonens synspunkt. Det ble undervist i Motiverende Intervju hvor grunnlaget

og prinsippene i denne type samtaler bygger på den amerikanske psykologen William Millers teori og forskning om motivasjon og endring. Barth, Børtveit og Prescott (2006) har tilpasset Motiverende Intervju til norske forhold og kalt den norske varianten for Endringsfokusert Rådgivning. Metoden ble valgt, fordi den er brukerorientert og egner seg derfor i arbeidet med utarbeidelse og oppfølging av individuell plan.

### **6.2.2.5 Første runde, Steg 5: Første strategisamling**

#### **Utvalg**

På første strategisamling var seks helse- og sosialarbeidere, forskningsmedarbeideren, to ledere og jeg til stede, 10 personer totalt.

#### **Målsetting, internveileder som guide og prosess**

Målsettingen med første strategisamling var å kvalitetssikre og ferdigstille internveilederen. Denne inneholdt forslag til strategi for den ideelle praksis, slik at strategien kunne implementeres i praksis. Forslaget til internveileder fungerte som en guide for tema i første strategisamling. Helse- og sosialarbeiderne deltok i dialog med innspill som førte til korrigerende av forslaget til internveilederen og informasjonsbrosjyren. I dette anstrengte vi oss for at korrigerende også var i tråd med innspill fra brukerne for beste praksis og at strategien var gjennomførbar, innenfor gjeldende systemer og rutiner på kontoret. Strategien bestod av kunnskap for handling (Cornwall & Jewkes, 1995) og ikke kunnskap for forståelse som er mer vanlig innenfor tradisjonell helseforskning (Hummelvoll, 2003, s. 22). Slik var dette et steg preget av forberedelse til Stringers trinn; *act*.

#### **Internveilederen**

Internveilederen innledet med en redegjørelse for et verdigrunnlag som vektla brukernes medvirkning (se vedlegg nr.8). Neste side oppsummerte arbeidsprosessen med individuell plan i en modell inspirert av The Transtheoretical Model (TTM) til Prochaska og DiClemente (DiClemente, 2003, s. 30).<sup>3</sup> (Se modell under punkt 7.7).

---

<sup>3</sup> Prochaska og DiClemente utviklet modellen egentlig i forhold til endring av røykevaner, men de mener at en hver endring om det er i forbindelse med rusmiddelproblemer eller om slanking, så er det universelle faser en må arbeid seg gjennom (DiClemente, 2003). For hver fase skjer en



Modellen visualiserte arbeidsprosessen med individuell plan, samtidig som den bidro til at det var lett for helse- og sosialarbeiderne å finne frem til sentrale temaer i arbeidet. Modellen var sirkulær og delt inn i fem faser som fulgte hverandre i en systematisk rekkefølge for arbeidet med individuell plan. I hver fase stod det stikkord for hvilket arbeid som var naturlig å gjøre i forhold til arbeidsprosessen med individuell plan, uten at dette skulle være noen tvangstrøye. Hvert av stikkordene fungerte som henvisning til overskrifter inne i teksten. På den måten kunne helse- og sosialarbeiderne, hvis de lurte på noe, ta utgangspunkt i modellen og fort finne utfyllende informasjon om tema i tekstbeskrivelsen. Teksten var kun på tre og en halv side med god linjeavstand. Helse- og sosialarbeiderne mente det var viktig at teksten var kort og oversiktlig for å kunne være anvendbar i en hektisk arbeidssituasjon. Hvis helse- og sosialarbeiderne fant teksten for overfladisk i forhold til sitt behov, var det henvisning i teksten til vedlegg. Her ble tema ytterligere utdypet eller det ble redegjort for, eksempelvis hva som menes med et informert samtykke, eller hvordan man kan finne frem i datasystemet til rett dokument. (Se punkt 7.7 for utfyllende informasjon)

#### **6.2.2.6 Første runde, Steg 6: Implementering av første internveileder**

Målsettingen med steg 6 var å implementere første strategien som stod i internveilederen for individuell plan i praksis, det som Stringer (1996) kaller; *act*. Alle helse- og sosialarbeiderne hadde fått et eksemplar av internveilederen for å lette implementeringen. Strategien i internveilederen var et resultat av første runde i forskningsprosessen som bestod av individuelle intervjuer med brukerne, to dialogsamlinger med helse- og sosialarbeiderne og en kompetansehevesamling. Datainnsamlingsprosessen hadde på den måten gått gjennom tre av Stringers trinn; *look, think og act*.

Da helse- og sosialarbeiderne iverksatte den nye strategien, ble ingen av brukerne som ble intervjuet i første runde inkludert. Dette fordi ingen av dem hadde en individuell plan etter lovverket, og det var denne formen for individuelle planer problemstillingen rettet søkelyset mot. Derfor ble ”nye” brukere med rusmiddelproblemer forespurt av

---

progresjon mot endring. Modell benyttes ofte i sammenheng med 'Endringsfokusert Rådgivning' som var den teoretiske metoden helse- og sosialarbeiderne fikk opplæring i.

helse- og sosialarbeiderne om de ville ha en individuell plan og om de ville være med i studien. Det var flere brukere som innfridde kriteriene om langvarige og sammensatte tjenestebehov for å ha rett på en individuell plan, men rekrutteringen viste seg å være mer komplisert og tok lenger tid enn forventet. Noen sa ja en gang og viste interesse for å få en individuell plan, men neste gang de kom hadde de andre behov som de heller ville ha bistand til, eksempelvis ubetalte regninger. Brukernes livssituasjon var ustabil, noen levde et hektisk liv i gatemiljøet og glemte avtaler. Dette viser hvor kompleks det kan være å drive med handlingsorientert forskning med brukere med omfattende rusmiddelproblemer. Det kan kreve lengre tid enn forventet. Etter hvert sa flere brukere ja til individuell plan og deltakelse i studien, og vi fikk et grunnlag til å gå videre til runde to.

### **6.2.3 Andre runde**

Stegene i andre runde var temmelig like som i første runde med unntak av kompetansetiltak: Derfor redegjøres det kun kort for stegene, men det som var annerledes utdypes.

#### **6.2.3.1 Andre runde, Steg 1: Andre individuelle intervju**

##### **Utvalg**

Etter vel et halvt år møtte åtte av ni forespurte brukere med rusmiddelproblemer med langvarige og sammensatte tjenestebehov som hadde en individuell plan til individuelt intervju. De var fem menn, med aldersspredning på 26-34 år og tre kvinner med aldersspredning på 30-49 år. Tre av brukerne var LAR pasienter, to av brukerne søkte LAR behandling, to brukere søkte medikamentfri behandling, og en søkte ikke noen behandling.

##### **Målsetting**

Målsettingen med intervjuene av brukerne i andre runde var å danne et bilde av brukernes opplevelser og meninger om praksisen med individuell plan i lys av den første strategien. Kunne strategiens særlige fokus på brukermedvirkning, målsettingen

om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester og hensynet til at brukerne hadde omfattende rusmiddelproblemer spores i deres opplevelser og meninger om praksis? Målsettingen i andre runde representerte Stringers (1996) trinn; *look*.

### **Intervjuguide, bearbeiding og analyse av datamaterialet**

Brukerne ble intervjuet etter nesten samme intervjuguide som informantene i første runde (se vedlegg nr. 5). Forskjellen fra første intervju var kun at brukerne hadde en rettslig regulert individuell plan og derfor kunne en stille spørsmålene på en mer direkte måte. Datamaterialet ble transkribert, anonymisert og satt inn i en forholdsvis lik oversikt som ved første runde, men i denne runden ble de fem hovedkategoriene innordnet i de fem fasene i arbeidsprosessen med individuell plan som ble vist til i internveilederen. (Se også modell i punkt 7.7) Noen kategorier ble utvidet, andre kategorier og koder var helt nye som et resultat av at intervjuene bidro med ny informasjon. Videre ble denne oversikten, som i første runde diskutert med forskningsmedarbeideren som en forberedelse til tredje dialogsamling.

#### **6.2.3.2 Andre runde, Steg 2: Tredje dialogsamling**

##### **Utvalg**

I den første dialogsamlingen i andre runde, den tredje totalt sett, var sju helse- og sosialarbeidere, forskningsmedarbeideren, en leder og meg som forskningsleder til stede. I tillegg deltok fire brukere og en representant for brukerforeningen i to timer. Totalt 15 personer inkludert meg.

##### **Målsetting**

Målsettingen med denne tredje dialogsamlingen var å danne et bilde av den *praksis* som både brukerne og helse- og sosialarbeiderne opplevde som *reell* med individuell plan og se dette i forhold til føringer for *ideell* praksis gjennom den første internveilederen og faglige og rettslige rammer for individuell plan. Målsettingen var preget av både Stringers (1996) trinn; *look*, hvor vi dannet et bilde av helse- og sosialarbeidernes praksis, men også *evaluate*, da brukernes opplevelser og meninger om den iverksatte strategien ble gjenstand for evaluering.

##### **En todelt prosess, bearbeiding og analyse av datamaterialet**

Dialogsamlingen var delt inn i to. I første del deltok kun helse- og sosialarbeiderne. På basis av oversikten var fokus på å få fremme dialog og refleksjoner over dilemmaer og konflikter om ulike interesser koblet til 1) *brukernes opplevelser og meninger om den iverksatte praksisen*, og 2) *helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger om den iverksatte praksisen*, 3) *helse- og sosialfaglige føringer for en god praksis*, 4) *rettslige idealer gjennom lovverk, forskrifter og veileder*. Dette var sett i lys av problemstillingens fokus på brukermedvirkning, koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester og rusmiddelproblematikk.

I andre del av denne dialogsamlingen deltok brukerne. Både brukerne og helse- og sosialarbeiderne hadde forberedt tema som de ville diskutere. Det var tema som helse- og sosialarbeiderne opplevde utfordrende i arbeidet med individuell plan, eller tema som var kommet opp på dialog – strategisamlingene. Eksempelvis hva som var beste fremgangsmåte for utarbeidelsen, eller tema knyttet til utsagn brukerne hadde kommet med hvor helse- og sosialarbeiderne trengte hjelp til å forstå deres konnotasjoner. Det var ord og begreper som var vanlig å bruke i arbeidet med individuell plan, som brukermedvirkning, delmål og tiltak. Temaene ble lagt frem for brukerne som et forslag på hva vi ønsket og trengte å ha en dialog om. Samtidig vektla vi at vi gjerne ville høre og drøfte de temaene som de mente var viktige for den videre praksisen med individuell plan. Brukerne på sin side hadde forberedt seg godt og hadde flere tema som var knyttet til deres opplevelser. Deres konstruktive og entusiastiske deltakelse avviste vår tidligere skepsis og resulterte i at et brukerråd ble etablert.

Dialogsamlingen ble som de foregående dialogsamlingene tatt opp på lydfil, transkribert og anonymisert. Datamaterialet ble satt inn i samme type oversikt som til andre dialogsamling, men med noen endringer av kategorier og koder. Forberedelsen til fjerde dialogsamling var lik de andre, hvor forskningsmedarbeideren og jeg drøftet kodingen og innholdet i oversikten.

### 6.2.3.3 Andre runde, Steg 3: Fjerde dialogsamling

#### Utvalg

Den andre dialogsamlingen i andre runde bestod av de samme sju helse- og sosialarbeiderne som ved tredje dialogsamling, forskningsmedarbeideren, en leder og meg. Totalt 10 personer inkludert meg. Dette var den fjerde dialogsamlingen totalt.

#### Målsetting

Målsettingen med den andre dialogsamlingen i andre runde var, som i andre dialogsamling i første runde, å danne et bilde av både brukernes og helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger om den første strategien i forhold til 1) hvilken praksis er faglig, etisk, juridisk forsvarlig, 2) hvilken praksis må endres og hvordan og 3) hvilken kunnskap manglet for å klare dette? Alle tre punktene var sett i lys av problemstillingens fokus på brukermedvirkning, målsettingen om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester og at brukerne hadde rusmiddelproblemer. Slik var dette et steg preget av trinnene; *look* og *think* i Stringers terminologi.

#### Prosess, bearbeiding og analyse av datamaterialet

Dialogen over oversikten bidro til refleksjoner over dilemmaer og konflikter om ulike interesser koblet til 1) *brukernes opplevelser og meninger om helse- og sosialarbeidernes praksis* og 2) *helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger om egen praksis*, 3) *rettslige idealer gjennom lovverk, forskrifter og veileder*. Dialogsamlingen ble som de andre dialogsamlingene tatt opp på lydfil, transkribert, anonymisert og satt inn i samme type oversikt som til tredje dialogsamling.

#### Internveilederen

Internveilederen ble endret, som et utkast til andre utgave for strategi. Det ble også informasjonsbrosjyren til brukerne. Endringen var et resultat av brukernes og helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger som var kommet frem via individuelle intervjuer, kompetansetiltak og to dialogsamlinger. For det meste var det små endringer, som rekkefølgen på oppgaver, skiftning av enkelte begreper, håndtering av dataprogrammer eller andre rutiner kontoret hadde for saksbehandling. Utkastet ble som

i første runde gjennomgått sammen med forskningsmedarbeideren i forkant av andre strategisamling.

#### **6.2.3.4 Andre runde, Steg 4: Andre strategisamling**

##### **Utvalg**

På den andre strategisamlingen var 10 personer totalt til stede, det vil si sju helse- og sosialarbeidere, forskningsmedarbeidere, en leder og meg.

##### **Målsetting og prosess**

Målsettingen med andre strategisamlingen var den samme som under den første, å sikre at internveilederen var gjennomførbar. Dette var forberedelsen til Stringers trinn; *act*. Strategien i den andre internveilederen var et resultat av to runder med individuelle intervjuer med brukerne, fire dialogsamlinger med helse- og sosialarbeidere og brukere og to strategisamlinger.

Videre ble forslaget til andre utgave av internveilederen gjenstand for dialog med helse- og sosialarbeiderne, slik som forslaget til første utgave av internveilederen ved første strategisamling. Deres innspill førte til korrigeringer, eksempelvis i forhold til strategier knyttet til samtykkearbeidet.

#### **6.2.3.5 Andre runde, Steg 5: Implementering av andre internveileder**

I andre runde fikk alle helse- og sosialarbeiderne et eksemplar av andre utgave av internveilederen for å implementere den i praksis. Dette var trinnet; *act* i Stringers (1996) terminologi. De arbeidet videre med de brukerne som hadde individuell plan. Samtidig prøvde de å rekruttere flere brukere, men det viste seg også denne gangen å ta lenger tid enn forventet. Underveis erfarte de at brukere, som i forrige runde ofte prioriterte andre ting enn å komme i gang med utarbeidelsen av individuell plan. Etter hvert klarte de å rekruttere flere brukere for å prøve ut strategien.

### 6.2.3.6 Andre runde, Steg 6: To brukerråd

På det første brukerrådsmøtet møtte to av fem spurte brukere og fem helse- og sosialarbeidere. På det andre møtet deltok kun en bruker og det var tre helse- og sosialarbeidere og meg. Det viste seg at det var komplisert å få brukerne til å stille, men de eller den som stilte deltok med iver. Målsettingen ble innfridd ved at utvalget diskuterte aktuelle utfordringer med utarbeidelsen og oppfølging av individuell plan i forhold til brukere med rusmiddelproblemer. Eksempelvis ble teksten i informasjonsbrosjyren til brukerne drøftet her.

## 6.2.4 Tredje runde

### 6.2.4.1 Tredje runde, Steg 1: Tredje individuelle intervju

#### Utvalg

Etter vel et halvt år ble det gjort intervju med 12 av 14 spurte brukere med rusmiddelproblemer og individuell plan. Seks av brukerne var de samme som under intervjuet i andre runde. Slik bestod utvalget av seks brukere som hadde utarbeidet individuell plan etter første strategi og seks brukere som hadde fått individuell plan etter den andre strategien. De var åtte menn med en aldersspredning på 24 til 37 år og fire kvinner med en aldersspredning på 21 til 56 år. Fem brukere var LAR pasienter, en bruker søkte LAR, tre brukere hadde medikamentfri behandlingsplass. En sonet i fengsel og to søkte ikke noen behandling.

#### Målsetting, prosess, bearbeidelse og analyse av datamaterialet

Målsettingen var å danne et bilde av brukernes opplevelser og meninger om den andre strategien, altså Stringers (1996) trinn; *look*. I intervjuet ble den samme intervjuguiden brukt som i første og andre runde. Datamaterialet ble satt inn i samme type oversikt som til fjerde dialogsamling, og diskutert med forskningsmedarbeideren som en forberedelse til femte dialogsamling.

#### 6.2.4.2 Tredje runde, Steg 2: Femte dialogsamling

##### **Utvalg**

Den første dialogsamlingen i tredje runde som var den femte og siste dialogsamlingen totalt sett, bestod av seks helse- og sosialarbeidere, forskningsmedarbeideren, en leder og meg som forskningsleder. Totalt var det ni personer som deltok, meg selv inkludert.

##### **Målsetting, prosess, bearbeidelse og analyse av datamaterialet**

Målsettingen med femte dialogsamling var å danne et bilde av og evaluere *brukernes og helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger om eksisterende praksis med den andre strategien*. Samtidig å knytte *denne praksisen til føringer for faglige, juridiske, politiske og etiske idealer* for å *finne løsninger* på hvordan utføre en forsvarlig faglig, etisk og juridisk praksis. Dette var sett i lys av problemstillingens fokus på brukermedvirkning, målsettingen om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester og brukernes rusmiddelproblematikk. Dette var et steg preget av trinnene; *evaluate, look og think* (Stringer, 1996).

Dialogsamlingen ble som de andre dialogsamlingene tatt opp på lydfil, transkribert, anonymisert og satt inn i samme oversikt som til fjerde dialogsamling.

#### 6.2.4.3 Tredje runde, Steg 3: Tredje strategisamling

Den tredje strategisamlingen var den avsluttende samlingen for datainnsamlingsprosessen.

##### **Utvalg**

Fem helse- og sosialarbeidere, forskningsmedarbeideren, to ledere og jeg deltok på tredje strategisamling. I to av seks timer var tre brukere med rusmiddelproblemer og en brukerrepresentant for den lokale brukerforeningen til stede for å diskutere utfordringer i arbeid med, og oppfølgingen av individuell plan. Totalt 13 personer var til stede.

##### **Målsetting, prosess, bearbeiding og analyse av datamaterialet**

Målsettingen med den tredje og siste strategisamlingen var å kvalitetssikre den tredje og endelige utgaven av internveilederen. Den tredje utgaven var en syntese av tre runder



med individuelle intervju, fem dialogsamlinger, to strategisamlinger, to brukerråd og alle de korrigeringer dette hadde medført. Dette var forberedelsen til trinnet *act*, som var implementering av den endelige strategien.

Videre var målsettingen å oppsummere datainnsamlingens funn i forhold til problemstillingens fokus på brukermedvirkning, målsettingen om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester og brukernes rusmiddelproblematikk. I dette lå det en evaluering av hvilken praksis som ble vurdert til å fungere godt, og hvilke utfordringer helse- og sosialkontoret stod overfor i fortsettelsen av arbeidet med individuell plan etter at forskningssamhandlingen var avsluttet. Strategisamlingen ble som de andre samlingene tatt opp på lydfil, transkribert og anonymisert.

### **6.2.5 Avsluttende konferanse**

I tråd med prosjektbeskrivelsen ble det holdt en åpen sluttkonferanse for ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Der ble erfaringer og forskningsfunn presentert basert på helse- og sosialarbeiderne og brukernes opplevelser og meninger i lys av problemstillingens fokus på brukermedvirkning, målsettingen om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester og brukernes rusmiddelproblematikk. Den siste utgaven av internveilederen ble delt ut til de som var til stede.

### **6.2.6 Datainnsamlingsprosessen som oversikt**

Redegjørelsen som nå er gitt, viser at datainnsamlingen var dialog og prosessorientert, og gikk gjennom tre runder med *look*, *think* og *act* (Stringer, 1996). Under visualiseres datainnsamlingsprosessen i en oversikt over hvordan rundene og de ulike stegene var en *sammenhengende prosess* og hvordan *rundene og stegene bygget systematisk på forutgående runder og steg*. Samtidig vises tid, utvalg, datainnsamlingsmetode, målsetting og Stringers tre trinn.

| Tid                                      | Intervju                      | Implementering  | Samlinger  | Målsetting  |
|--|-------------------------------|---|--|---|
| Forb. runde:<br>Nov 2005                 |                               | Alle ansatte orienteres                               |  | Alle ansatte skal være orientert om studien   |
| Des 2005                                 |                               | Forberedende møte/↓<br>↓                              | 1. kompetansetiltak:<br>Sh-dir føring, Rettslig-<br>gjøring av IP, Tidl.<br>samarbeidsforskning                    | Felles utgangspunkt og referanseramme   |
|  |                               | Praksis med omdøpt 'IP'                               |  | Praksis med omdøpt "IP" ( <i>act</i> )  |
| Forste runde:<br>Jan/feb 2006,<br>Steg 1 | 1. Intervju med 6 (6) brukere |   |  | Danne et bilde av brukernes opplevelse og mening om eksisterende praksis med omdøpt "IP" ( <i>look</i> )  |
| Steg 2<br>Mars 2006                      |                               |   | 1. Dialogsamling:<br>6 hs-arbeidere,<br>1 leder, meg   | Danne et bilde av brukernes opplevelse og mening om eksisterende praksis i forhold til hs-arbeidernes opplevelser og meninger og føringer i forhold til praksis ( <i>look</i> )       |
| Steg 3<br>April 2006                     |                               |   | 2. Dialogsamling:<br>6 hs-arbeidere, 1 leder, meg  | Danne et bilde av brukernes og hs-arbeidernes opplevelse og mening om eksisterende praksis og finne forbedrede løsninger ( <i>look og think</i> )                                     |
| Steg 4<br>Mai/Nov 2006                   |                               |   | 2. Kompetansetiltak:<br>I Grini, T. Barth, J. Storaas, Studietur til DK  | Øke kunnskapen om juss, eksempler på bruk av IP, LØFT, en brukers perspektiv, bruk av IP i Danmark  |
| Steg 5<br>Sept/Okt 2006                  |                               |   | 1. Strategisamling:<br>6 hs-arbeidere, 2 ledere og meg   | Forberede og utarbeide<br>1. intern-veileder for implementering av 1. strategi  |
| Steg 6<br>Okt 2006-Apr 2007              |                               | Brukere og hs-arbeidere implementerer første strategi |  | Implementere 1. strategi ( <i>act</i> )   |
| Andre runde:<br>Steg 1<br>Apr/Mai 2007   | 2. Intervju: 8 (9) brukere    |   |  | Danne et bilde av brukernes opplevelse og mening om eksisterende praksis med IP ( <i>look</i> )   |
| Steg 2<br>Juni 2007                      |                               |   | 3. Dialogsamling:<br>8 hs-arbeidere, 1 leder, meg, 4 brukere, 1 brukerrepresentant                                 | Danne et bilde av brukernes opplevelse og mening om eksisterende praksis i forhold til hs-arbeidernes opplevelser og meninger og føringer i forhold til praksis ( <i>look</i> )       |
| Steg 3<br>Juni 2007                      |                               |   | 4. Dialogsamling:<br>8 hs-arbeidere, 1 leder, meg  | Danne et bilde av brukernes og hs-arbeidernes opplevelse og mening om eksisterende praksis og finne forbedrede løsninger ( <i>look og think</i> )                                     |
| Steg 4<br>Aug 2007                       |                               |   | 2. Strategisamling:<br>8 hs-arbeidere, 1 leder og meg  | Forberede og utarbeide<br>2. utg. internveileder og implementering av 2. strategi   |
| Steg 5<br>Aug-Des 2007                   |                               | Brukere og hs-arbeidere implementerer andre strategi  |  | Implementere andre strategi ( <i>act</i> )  |
| Steg 6<br>Aug/Sept/Okt 2007              |                               | 1. Brukerråd<br>2. brukerråd                          |  | Avklare oppståtte utfordringer  |
| Tredje runde:<br>Steg 1<br>Des 2007      | 3. Intervju: 12 (14) brukere  |   |  | Danne et bilde av brukernes opplevelse og mening om eksisterende praksis med IP ( <i>look</i> )   |
| Steg 2<br>Des 2007                       |                               |   | 5. Dialogsamling: hs-arbeidere. 7 hs-arbeidere, 1 leder og meg   | Danne et bilde av brukernes og hs-arbeidernes opplevelse og mening om eksisterende praksis og finne forbedrede løsninger ( <i>look og think</i> )                                     |
| Steg 3<br>Des 2007                       |                               |   | 3. Strategisamling:<br>Forberede implementering av tredje internveileder: 6 hs-arbeidere, 2 ledere, meg, 4 brukere | Forberede og utarbeide 3. utg. internveileder og implementering av 3. strategi: basert på 3 runder intervju med brukere, 5 dialogsamlinger med hs-arbeidere og brukere og 2 brukerråd |
| Jan 2008                                 |                               | Avsluttende konferanse                                |  | Resultatet av studien; IP og brukere med rusmiddelproblemer   |

Fig.nr.5: Oversikten viser studiens datainnsamlingsprosess. Tallene i parentes viser antall brukere som i utgangspunktet hadde samtykket i å delta, i forhold til de som deltok. Hs-arbeider er forkortelse for helse- og sosialarbeider. Forskningsmedarbeideren er inkludert i antall helse- og sosialarbeidere. Både helse- og sosialleder og avdelingsleder er betegnet som leder. Pilene angir ikke styrke, kun retning.

### 6.3 En systematisk og fortolkende datainnsamlingsprosess

Alle helse- og sosialarbeiderne som deltok hadde enten direkte eller indirekte arbeidet med individuell plan i forhold til brukere med rusmiddelproblemer. Selv om det var flere år siden lederne og jeg hadde arbeidet praktisk, hadde vi på samme måte som helse- og sosialarbeiderne antakelser om utøvelsen av arbeidet med individuell plan i forhold til brukere med rusmiddelproblemer. Derfor forsket vi alle i egen kultur og hadde meninger om eksisterende kulturelle kategorier som var basert på tidligere og eksisterende *lokal kunnskap*. Vår lokale kunnskap og ståsted var på sett og vis en ressurs i forskningsprosessen, da vi hadde helt spesielle forutsetninger for innsikt og forståelse (Malterud, 2008). Kunnskapen var på sett og vis en nødvendig ekspertise som forutsetning for gyldige tolkninger (Kvale, 2002). Samtidig var vi bevisst på at vår lokale kunnskap kunne føre til *kulturblindhet* (Paulgård, 1997). Den lokale kunnskapens kulturelle kategorier kan være *prerefleksiv*, altså lite begrepsfestet og bevisstgjort (Malterud, 2008, s. 150). Vi anstrengte oss derfor for å ha et reflektert forhold til vår lokale kunnskap. Dette ved å tilstrebe å innta en så lite forutinntatt og åpen holdning som mulig for å prøve å forhindre at vår tolkning var fastlåst i kulturelle kategorier. Disse kunne være basert på tidligere opplevelser og meninger, eller som vi hadde fått bekreftet / avkrefte i tidligere individuelle intervjuer og /eller dialogsamlinger, og / eller var anvendt i oversikten på dialogmøtene. Målet var ikke fullstendig å eliminere vår lokale kunnskap, men som Malterud (2011, s. 64) skriver: "(...) å redusere forhold som bidrar til å forstyrre kunnskapsutviklingen ved å inngå som skjulte forutsetninger". I denne prosessen var vi alle sosiologer på oss selv (Wadel, 1991, s. 59).

Datainnsamlingsprosessen bestod av et dialektisk forhold mellom opplevelse og refleksjon, mellom fortid og fremtid, mellom egen forforståelse og ny opplevelsestolkning. Reason skriver (1988, s. 48, sic): "By moving to and fro between reflection and experience, then it also depends on getting a right balance between these two phases". Dialogen var karakteristisk preget av gjensidig påvirkning, hvor vi tolket handlinger som tekst, og tilla handlingene en spesiell mening (Thagaard, 2009). Dette skapte ny forståelse og innsikt som ga retning for det videre arbeidet. Vi lyttet og tolket til mangfoldet av betydninger i brukernes og helse- og sosialarbeidernes meninger og

opplevelser, med muligheter for omfortolkinger. I løpet av forskningsprosessen ble brukernes og helse- og sosialarbeidernes virkelighet fortolket tre ganger i hver runde. Først gjennom deres egen fortolkning som kom frem i intervjuene og dialogssamlingene. Deretter ble dette materialet gjenstand for fortolkning, da jeg konstruerte oversikten over *reell og ideell praksis*, og til slutt av dem selv i dialogssamlingene, da vi utforsket og utfordret etablerte og nye kategorier. Vi foretok en runddans mellom metode, empiri og teori (Wadel, 1991, s. 130) mellom brukernes, helse- og sosialarbeidernes utsagn og faglige, etiske og politiske føringer for ideell praksis. Runddans i våre fortolkninger ga oss ny forståelse og innsikt som var preget av konteksten vi hadde vært og var en del av, slik ble forforståelsen også en forutsetning for å få innsikt (Paulgaard, 1997). På denne måten deltok vi alle i en personlig og emosjonell prosess, som foregikk samtidig med de tre systematisk oppbygde rundene i forskningsprosessen. Reason (1988, s. 32) skriver: "These logical steps run alongside the group and emotional processes so that there is an integration of systematic inquiry with human interpersonal and emotional development."

Datainnsamlingsprosessen var en systematisk, dynamisk og fleksibel prosess. Den var *ikke* lik en sirkel hvor en kommer tilbake til utgangspunktet. Den var mer lik en spiral bestående av tre sett med sløyfer som strakk seg. Hver sløyfe var en runde som bidro til at en forflyttet seg til neste runde som var noe mer enn den forrige, da vi for hver runde økte vår innsikt og innsikten skapte ny mening og forståelse. Hver sløyfe representerte en helhet innen en runde, samtidig som hver runde kun var en del av en større helhet bestående av tre runder. Videre representerte hvert steg en helhet, men også kun en del i den enkelte runde og den totale prosess av tre runder. I forskningsprosessen dekontekstualiserte vi alt til deler for deretter rekontekstualisere delene sammen til helhet igjen. Vi arbeidet med enkeltdele som skapte en helhet og likeledes en helhet av mange deler. Thagaard (2009, s. 39) skriver om hermeneutikk: "Hermeneutikk bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av. Vi forstår delene i lys av helheten". I lys av dette er forskningsprosessen bedre beskrevet som en spiral bestående av tre sløyfer mer enn en sirkel.

## 6.4 Datainnsamlingsprosessens ulike påvirkning på data

Datainnsamlingsprosessens tre runder påvirket data på ulikt vis. Den *første runden* som er studiens baseline representerer den eksisterende praksis hvor data må kunne sies å være lite påvirket av helse- og sosialarbeidernes deltakelse i undersøkelsen. Brukerne visste ingenting om undersøkelsens idé og hensikt da de ble intervjuet. Helse- og sosialarbeiderne var helt i starten av sin deltakelse og i dialogsamlingene tok de utgangspunkt i den eksisterende praksis for å utlede en forbedret praksis.

I andre og tredje runde er det grunn til å tro at helse- og sosialarbeidernes praksis med individuell plan ble påvirket av deres deltakelse som medforskere og iverksettere av den ideelle praksis. Eksempelvis etterstrebet helse- og sosialarbeiderne å tilrettelegge for brukernes medvirkning og utøve en praksis som kunne innfri målsettingen om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester, og med et fokus på hva brukere med rusmiddelproblemer hadde særlig behov for. Slik var dette en datainnsamlingsprosess som nødvendigvis påvirket helse- og sosialarbeidernes praksis, da undersøkelsen hadde som hensikt og idé å forbedre praksis, i motsetning til første runde. Representanter for eksterne instanser og etater som ble involvert i brukernes individuelle planer var ikke utsatt for samme påvirkning. De var *ikke* deltakende som medforskere i datainnsamlingsprosessens og slik må deres praksis sies å være upåvirket av undersøkelsens idé og hensikt. De utøvde den praksis som de var vant med innenfor den organisasjonen de tilhørte.

Den ulike påvirkningen på dataene fra de to gruppene helse- og sosialarbeider er av betydning for fortolkningen av dem. Dette kommer jeg tilbake til i presentasjonen og drøftingen.

## 6.5 En prosessuell vurdering av validitet

Validitet i kvalitativ forskning dreier seg om troverdighet (Hummelvoll, 2003, s. 44) i sammenflettingen av metode og tolkning (Denzin og Lincoln, 2003). I dette

handlingsorienterte forskningsarbeidet er validiteten knyttet til deltakerens opplevelser og meninger.

Dette må ses i sammenheng med studiens ontologiske utgangspunkt som viser til at mennesker konstruerer sin sosiale virkelighet i relasjon til hverandre. Dette har konsekvenser for vurdering av validiteten av resultatene i forskningen. For at data skal kunne nå høy grad av validitet, må resultatene være tett knyttet til deltakerens virkelighet. Hummelvoll (2003, s. 24) omtaler dette:

”På mange måter vil deltakere som medforskere kunne gi mye mer gyldige data og nyttige tolkninger enn tradisjonelle forskningsopplegg, fordi det dreier seg om erfaringer som er forankret i en konkret, praktisk virkelighet.”

Resultatene er slik sett grunnet i hvordan deltakerne konstruerte sine opplevelser. Det er en måte å konstruere eller gi mening til opplevelsens innhold.

I datainnsamlingsprosessen ble datamaterialet utsatt for en kontinuerlig og systematisk validering i forhold til deltakernes virkelighetsoppfattelse og selvforståelse, helt fra oppstarten til avslutningen. Dette ble først gjort gjennom utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen. Tema ble utsatt for kritiske spørsmål og tolkninger i forhold til om designet virkelig reflekterte forskningsspørsmålene som partene var interessert i, og om designet egnet seg til å gi svar på disse spørsmålene. Videre i forskningsprosessen ble forskningsdesignet og forskningsspørsmålene kontinuerlig utsatt for den samme type kritiske dialog på prosjektmøtene, dialog - og strategisamlingene. I datainnsamlingen ved intervju, dialog – og strategisamlingene pågikk en kontinuerlig dialogisk validering for å styrke intersubjektiviteten, ved at jeg stilte oppfølgingsspørsmål for å sjekke min egen oppfatning i forhold til deres (Malterud, 2008). Dette er omtalt tidligere under de første intervjuene med brukerne og i beskrivelse av de ulike rollene. Videre stilte vi spørsmål om funnene ga relevante svar på problemstillingen, slik Kvale og Brinkmann

anbefaler med å spørre *hva* (what), *hvorfor* (why)<sup>4</sup>, og til slutt *hvordan* (how) (Kvale og Brinkmann, 2009).

Det kan være en svakhet at jeg dominerte i kodingsprosess, før forskningsmedarbeideren ble involvert. Muligens hadde det styrket validiteten at forskningsmedarbeideren hadde deltatt i hele analysearbeidet og bidratt i koding av materialet. Allikevel vurderer jeg validiteten i studien til å være ivaretatt, da forskningsmedarbeideren og jeg sammen reflekterte over kodingen jeg hadde foretatt i oversikten som forberedelse til dialog -og strategisamlingene. Deretter ble datas validitet gjenstand for dialog med helse- og sosialarbeiderne, og i noen grad brukerne på dialogsamlingen. De kunne selv vurdere om deres utsagn var rett tolket av meg, slik de selv hadde formulert det, deres selvforståelse og den konteksten det var tatt ut i fra. Slik ble materialets *rekontekstualisering* (Malterud, 2011) validert, men også *dekontekstualiseringen* (Malterud, 2011) av materialet ble validert ved at helse- og sosialarbeiderne og brukerne kunne kontrollere og gi uttrykk for måten jeg hadde satt materialet i sammenheng med andre deler av materialet. Hensikten var ikke konsensus, men å åpne opp for flere eller andre sammenhenger. Nettopp denne ”face-to-face”-interaksjonen er av betydning for studiens validitet. Webb og Kevern (2000, s. 800) skriver: “Interaction is the key to the method, giving the method a high level of face validity (Kruger 1994) because what participants say can be confirmed, reinforced or contradicted within the group discussion”. I den interaktive dialogen satte vi data opp mot alternative perspektiver, stilte grunnleggende kritiske og alternative spørsmål og prøvde ut teoretiske tolkninger. Kontinuerlig foretok vi en systematisk kontroll av funnenes tilforlatelighet, sannsynlighet og troverdighet, for å utelukke skeivheter. I dette systematiske falsifiseringsarbeidet inntok vi alle mer eller mindre rollen som djevelens advokat. Reason (1988, s. 51) skriver:

“This means that the person is concerned about validity, and wants the freedom to confront fully some possible collusion. This allows anyone to press hard a rigorous attempt at falsification, while merely wondering whether, rather than necessarily believing that, something has gone wrong”

---

<sup>4</sup> Selv om vi som omtalt tidligere under kapittel 6.2.2.1, var forsiktig med akkurat *hvorfor*,

I denne kontinuerlige valideringsprosessen tok vi *forskningsrefleksjoner* på tre nivåer, gjensidig avhengig av hverandre og som bidrar til høy grad av validitet (Heron, 1988, s. 45). Ett nivå dreier seg om en *individuell forskningsrefleksjon* hvor den enkelte deltaker foretok en indre toveis feedback- sløyfe mellom refleksjon og erfaring. Ett annet nivå er det *kollektive refleksjonsnivået*. Gjennom hele forskningsprosessen reflekterte vi i prosjektgruppemøtene, men også i dialog- og strategisamlingene. Jeg sikret at alle kom til orde, at alles stemmer ble hørt, slik at refleksjonene representerte gruppen og ikke bare enkeltpersoner (Reason, 1988, s. 45). Vi reflekterte over deltakernes meninger knyttet til deres *opplevelse av en ny idé*. Dette gjorde vi gjennom å forenkle, klargjøre og utfordre innholdet i deltakerens erfaringsmessige tolkning av forskningsspørsmålene. Eksempelvis, hvilke erfaringer hadde deltakerne med brukermedvirkning i arbeidet med individuell plan? Samtidig kunne refleksjonene dreie seg om at vi gikk *fra idé til erfaring*. Da utdypet og videreutviklet vi innholdet i den erfaringsmessige tolkningen av forskningsspørsmålene ved å trekke inn flere sider av dem. Eksempelvis kom vi gjennom brainstorming frem til at forskningsspørsmålene i intervjuguiden om brukermedvirkning også burde inneholde *ærlighet*. Det tredje nivå er *interaktiv forskningsrefleksjon* hvor individuelle refleksjoner ble fulgt opp av kollektiv refleksjon, i prosjektgruppen eller i dialog- strategisamlingene. Det kritiske ved denne type validering, som er så tett koblet til deltakernes virkelighetskonstruksjon, er å være bevisst nødvendigheten av å tilrettelegge for en atmosfære som oppleves trygg nok til at deltakerne tørr å si noe som er annerledes enn det som oppleves som anerkjent i gruppen, men som allikevel er deres unike virkelighetsforståelse. Dette ble som tidligere beskrevet gjort ved at jeg var bevisst min funksjon som rollemodell, og i dette la vekt på å anlegge en *grunnstemning av vennlighet, en genuin interesse for å forstå den andre*, responderte ved å tydeliggjøre at *alles bidrag var viktige*, og at det ble inngått en *pakt*.

Disse tre nivåene for forskningsrefleksjon bidro til en *pragmatisk validering* (Kvale, 1997, s. 173; Kvale og Brinkmann, 2009). Et pragmatisk validitetsbegrep representerer et sterkere kunnskapskrav enn enighet gjennom dialog hvor partene søker konsensus. Pragmatisk validering avhenger av observasjoner og tolkninger, hvor man forplikter seg til å handle på grunnlag av tolkninger – ”handlinger sier mer enn ord”. Det handlet om en kunnskapsanvendelse, mer enn en kunnskapsbegrunnelse. Hensikten var å øke



deltakernes innsikt og deres evne til å handle, og dermed gjøre dem i stand til å ha større kontroll over sitt arbeid med individuell plan. Ved å legge vekt på å skape endringer, mener Kvale (1997, s. 173; Kvale og Brinkmann, 2009) at en pragmatisk kunnskapsinteresse kan motvirke sosialkonstruksjonismens og postmodernismens tendens til endeløse tolkningssirkler og uendelige dekonstruksjoner innen postmoderne analyser. En kan skille mellom to typer pragmatisk validering, 1) hvorvidt et kunnskapsutsagn ledsages av handling, 2) eller hvorvidt det bidrar til en handlingsendring (Kvale, 1997, s. 174). I denne studien ble begge typer pragmatisk validering anvendt. Først ved at helse- og sosialarbeiderne redegjorde for den eksisterende praksis som de utførte. Dernest ved at forskningsprosessen bidro til endring av arbeidet med individuell plan. Endringer ble fortløpende dokumentert gjennom datainnsamling både i individuelle intervjuer og dialogsamlinger, for deretter å få en konsekvens for den fremtidige strategien som skulle iverksettes. Samtidig noterte jeg endringene i mine prosessnotater gjennom hele forskningsprosessen. På dette viset var datainnsamlingsprosessen systematisk, noe som Hummelvoll (2003, s. 44) mener er avgjørende for å synliggjøre hvilken endring som har foregått: ”Validiteten forutsetter en systematisk datainnsamling som inneholder de viktigste bevis som trengs for å påvise hvor viktige forandringer har funnet sted i praksis (...)”. Den systematiske forskningsprosessen bidro også til konsistens mellom problemstilling, metode og data som førte fram til kunnskap (Malterud, 2011).

På grunn av dataproblemer mistet jeg lydfilen til de to første dialogsamlingene og seks individuelle intervjuer med helse- og sosialarbeiderne. Dialogsamlingene var transkribert, men ikke intervjuene med helse- og sosialarbeiderne. Disse intervjuene ble tatt om igjen et halvt år etterpå med de samme personene og med samme intervjuguide. Helse- og sosialarbeiderne ble *ikke* bedt om prøve å svare slik som de hadde svart første gangen, men svare ut fra de meninger og opplevelser de hadde der og da. Materialet er slik sett ikke det samme som det jeg hadde ved første intervju. Allikevel har jeg retrospektivt problemer med å se at dette kan ha influert på datamaterialets validitet, da det ikke var av avgjørende betydning *når* intervjuene ble foretatt.

## 6.6 Pålitelighet, anonymitet og oppbevaring av datamaterialet

I selve datainnsamlingen er påliteligheten prøvd sikret ved at jeg for det første alltid har vært til stede selv. I intervjuer, dialog- og strategisamlinger var jeg nøye med å prøve å ivareta hva brukerne og helse- og sosialarbeiderne selv la i sine opplevelser og meninger. Dette har jeg gjort ved å tilstrebe både å være bevisst mine egne kulturelle kategorier og å benytte meg av sentrale reformuleringsteknikker innen kommunikasjon, som også er omtalt tidligere.

Påliteligheten er prøvd sikret ved at alle individuelle intervjuer, dialog- og strategisamlinger, brukerrådsmøter er transkribert ordrett, også med småord som hm, hva, hæ og pauser er inkludert. Jeg transkriberte materialet for det meste innen to, tre dager for å ivareta det jeg husket av nonverbal kommunikasjon. Bortsett fra en dialogsamling og en strategisamling som ble transkribert av en administrativt ansatt på universitetet<sup>5</sup>, er alle individuelle intervjuer, dialog- og strategisamlinger transkribert av meg. Dette har jeg vurdert som vesentlig, da det har slått meg at samme utsagn kan få ulik betydning eller tolkning, hvis en ikke kjenner til sammenhengen og tonefallet. Dette bekrefter Malterud (2011, s. 72) som skriver: ”Å vite hva som skjer med teksten underveis er en viktig forutsetning for å kunne bedømme påliteligheten og gyldigheten av materialet under analysen. Dette er en av mange gode grunner til at forskeren selv bør stå for transkripsjonene,(...)”. Videre fant jeg det viktig å transkribere selv, da jeg på den måten fikk gjenopplevd situasjonene og gjort meg kjent med materialet fra en ny side, som ga meg nye tanker og slutninger (Malterud, 2011).

Alt datamaterialet er lyttet til minst to ganger, bortsett fra de seks individuelle intervjuene med helse- og sosialarbeiderne og de to første dialogsamlingene hvor datafilen som omtalt ble slettet på grunn av dataproblemer (se punkt 6.5). Videre ble datamaterialet utsatt for en type kodereliasitet ved at oversiktene med de fem dominerende meningsenhetene først ble gjenstand for kontroll av

---

<sup>5</sup> Personen skrev under på taushetspliktsskjema.

forskningsmedarbeideren og meg, og deretter av helse- og sosialarbeiderne og brukerne på dialogmøtene (Kvale, 1997, s. 136).

Helse- og sosialarbeidernes og brukernes språk representerte en variasjon av dialekter for det meste innenfor en større landsdel av Norge. Både helse- og sosialarbeiderne og brukerne tilhørte relativt små miljøer, henholdsvis helse- og omsorgstjenesten og gatas rusmiddelrelaterte miljø, så gjenkjennelsesfaren var til stede. Enkelte av dialektene inneholdt særegne uttrykk som var særs lokale for deres hjemsted, noe som også kunne bidratt til gjenkjennelse. Jeg valgte derfor å oversette alles utsagn til bokmål for å sikre anonymitet, men også pålitelighet. Ved å oversette alle utsagnene til bokmål gjorde jeg teksten mer leservennlig, og sikret at de lokale særegne uttrykkene ikke kunne medføre tvetydighet. Til tross for at mitt oppvekstspråk og hovedmål er bokmål, mener jeg at jeg er kompetent til å oversette brukernes og helse- og sosialarbeidernes dialekter og ivareta påliteligheten i deres utsagn. Hvis jeg ikke hadde valgt å oversette til bokmål, kunne påliteligheten tvert om blitt svekket, fordi jeg ikke mestrer å skrive de ulike dialektene på en korrekt måte.

Miljøene for både brukerne og helse- og sosialarbeiderne er som tidligere skrevet små. Anonymiteten er derfor prøvd sikret ved at de omtales kjønnsnøytralt som bruker og helse- og sosialarbeider, og i tredjeperson som henholdsvis som han og hun.

I analysen og tolkningen av materialet hvor utsagn er kodet har jeg sett det som vesentlig og alltid tenke, er dette utsagnet helt i tråd med den sammenhengen som brukerne eller helse- og sosialarbeiderne ville ment at det tilhørte? I den sammenhengen har det vært svært nyttig at jeg selv har vært til stede på alle datainnsamlingsarenaene, transkribert det meste av materialet selv og at det har vært gjenstand for kontroll av helse- og sosialarbeidere og brukere på dialogsamlingene.

For å sikre datamaterialet mot eventuelt innbrudd og hacking, valgte jeg å transkribere og oppbevare datamaterialet på egen PC med passord og brukernavn.

## 6.7 En kontekstsituert generaliserbarhet

Utvalget er ikke valgt for å kunne foreta statistisk generalisering eller for å være representativ for sin populasjon, slik som er vanlig innenfor kvantitativ forskning, men de er rekruttert for å trekke slutninger om variasjonsbredde, og for å være kunnskapsprodusenter (Eriksen, 2007) i forhold til fenomenet.

Kvale (1997, s. 163) henviser til Schoefield (1990) som skriver at generalisering kan ha flere mål. Et mål er *det som er*. Det som er det typiske, det vanlige eller det generelle. Dette er ofte koblet til kvantitative undersøkelser, hvor en søker etter samsvaret mellom forskningskasus og det som skjer mer allment i samfunnet. Et annet mål er; *det som kan være*, dreier seg om det som kan bli fremtiden på en eller annen måte. Det siste målet er *det som kunne være*. Da tar man utgangspunkt i det som er ideelt eller eksepsjonelt og studerer hva som foregår. Denne studien hadde som generaliseringsmål; *det som kan være*, da det dreide seg om hva som kan være beste praksis i forhold til arbeidet med individuell plan.

Denne studien kan følgelig *ikke* lede til generell generalisering av kunnskap. Den kunnskapen som er relevant for generalisering eller som er overførbart i denne sammenhengen, er kunnskap som er mangfoldig og kontekstavhengig. Kvale (1997, s. 160) skriver: "I følge postmodernismen er både en søken etter universell kunnskap og troen på det individuelle og unike byttet ut med en vektlegging av kunnskap som mangfoldig og kontekstavhengig". Slik representerer dette en forskyvning fra generalisering til kontekstualisering. Nettopp derfor er konteksten utfyllende beskrevet, samtidig som helse- og sosialarbeidernes og brukernes, sammen med min egen kunnskap viser til kunnskapens mangfold. Kvale (1997, s. 141) mener at i hermeneutiske og postmoderne forståelsesformer tillates et legitimt tolkingsmangfold. Videre er konteksten der fenomenet eksiterer sentral, for at materialet skal kunne oppleves som relevant og aktuelt, for flere enn de som inngår i studien. Ved å redegjøre for denne informasjonen kan leseren foreta en analytisk generalisering i forhold til om funnene kan overføres til en annen kontekst. Kvale (1997, s. 160) kaller dette for *leser-generalisering*. Jeg er enig med han i dette for det følger opp postmodernismens forskyvning fra generalisering til kontekstualisering. Samtidig har jeg lagt vekt på at brukerne og helse- og

sosialarbeiderne og at andre brukere og helse- og sosialarbeidere skal gjenkjenne seg i den tolkningen som er formidlet i teksten, da dette både øker studienes overføringsverdi og utvikling av intersubjektiv mening (Thagaard, 2009).

Til slutt er det vesentlig å trekke frem at funnenes kontekstualiserte generaliserbarhet må ses i forhold til at studien foregikk på et kontor hvor helse- og sosialarbeiderne og brukerne til en viss grad gjennom sin deltakelse i datainnsamlingsprosessen, nødvendigvis fikk et særlig fokus på studiens tre komponenter. Jeg har derfor valgt å redegjøre ganske detaljert for datainnsamlingsprosessens metodiske struktur. Denne følges videre opp i presentasjonen og drøftingen av funnene for å vise hvilke funn som kan ha vært påvirket av strukturen eller ikke. På den måten kommer brukernes og helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger i presentasjonen av materialet og tolkningen til uttrykk i tykke beskrivelser (thick descriptions). Dette har vært gjort for å tydeliggjøre resultatet, slik at datas troverdighet og presentasjon kan diskuteres med hensyn til eksisterende diskurser på feltet, noe som Andenæs (1995) mener er viktig i diskusjonen om kvalitative datas generaliserbarhet. Hensikten har vært å tydeliggjøre at studien er til å stole på, og at den er pålitelig. Dette er også gjort for å legge til rette for at avhandlingen skal kunne bidra med det som Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenester kaller en *læringsverdi* for den som leser (Bjørndal, 2006).



## Kapittel 7 Første runde, studiens ”baseline”

I dette kapitlet presenteres resultatet av *første runde* i datainnsamlingsprosessen og som er studiens *utgangsposisjon* for å utlede den første strategien. Disse funnene representerer det som skulle utforskes for å få en felles virkelighetsforståelsen av den *reelle* praksis (Hummelvoll, 2003, s.252) og ga retning for hvilken praksis som skulle beholdes eller forbedres. Sagt med andre ord er dette studiens ”*baseline-beskrivelse*” (Hummelvoll & Røsset, 1999), som jeg kun *beskriver*, *ikke* drøfter.

Ved først å redegjøre for studiens ”baseline”, og deretter *drøfte* funnene fra andre og tredje runde som gjøres i  *neste* kapittel, synliggjøres hvordan datainnsamlingsprosessens tre runder var en hermeneutisk prosess som bidro til ny innsikt. På den måten tydeliggjøres hvilke endringsprosesser data var gjenstand for i løpet av de tre rundene.

”Baselinen” som beskrives er basert på intervju med brukerne, dialogmøter, kompetansetiltak og strategimøte med helse- og sosialarbeiderne i første runde. Funnene redegjøres for gjennom *de samme fem hovedkategoriene* som i den systematiske oversikten til dialogmøtene (se punkt 6.2.2.1). Hovedkategoriene benyttes som overskrifter: 1) Inngåelse av ”individuell plan” (i anførselstegn her i første runde, da dette var tiltaksplaner som var omdøpt til individuell plan), 2) Relasjonen bruker og helse- og sosialarbeider, 3) Medvirkning i utarbeidelse av ”individuell plan”, 4) Innhold og oppfølging av ”individuell plan”, og 5) Målsetting og nytte av ”individuell plan”. Hver hovedkategori er belyst gjennom en eller flere underkategorier, som kom frem under analysen av datamaterialet. Før beskrivelsen av studiens ”baseline” har jeg valgt å redegjøre for enkelte forskjeller mellom tiltaksplan og individuell plan, og begrunnelsen for å beskrive baselinen i sammenheng med rettslige bestemmelser. Til slutt beskrives internveilederen (2007), som representerte den første strategien.

## 7.1 Ulik rettsliggjøring av tiltaksplan og individuell plan

Som tidligere omtalt hadde brukerne i første runde kun en *tiltaksplan* som var omdøpt til ”individuell plan”. Tiltaksplaner har innen helse- og omsorgstjenestene vært benyttet i forhold til brukere med rusmiddelproblemer der hvor helse- og sosialarbeiderne har vurdert dette som nyttig, uten at disse planene har vært knyttet til rettigheter eller plikter. Unntaket har vært ved tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke, hvor omsorgstjenesten har vært juridisk *pliktig* til å utarbeide tiltaksplaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). I rundskrivet som det her henvises til antydes det at det skulle lages en forskrift til tiltaksplanene, men hjemmelen til dette ble aldri brukt i følge seniorrådgiver Flæte i Helsedirektoratet pr. mail 7.5.2010 (Se vedlegg nr. 7). Slik er og var de tiltaksplanene brukerne hadde i første runde, ikke knyttet til annet enn generelle rettslige og faglige føringer, som gjelder for alle helse- og omsorgstjenester for å kunne være forsvarlig utført. Dette til forskjell fra utarbeidelse og oppfølging av individuell plan som er unik ved at *brukernes rettigheter* er styrket gjennom ulike rettslige dokumenter, som *lovverk, forskrifter, merknader og veiledere*. For å kunne forstå hvilke konsekvenser disse ulike dokumentene har for helse- og sosialarbeidernes forvaltning i praksis, er det vesentlig å ha kunnskap om hvilke bestemmelser som er *bindende* og *ikke bindende*. De bindende bestemmelsene representerer de som er pliktmessige. De gir svært begrenset mulighet for utøvelse av skjønn. De ikke bindende bestemmelsene gir rom for utøvelse av skjønn i større eller mindre grad.

Jeg vil her kort vise til hvordan de ulike rettslige publikasjonene har ulik rangordning. En lovtekst har høyeste rang. En forskrift er alltid gitt med hjemmel i lov og gir utfyllende bestemmelser om et rettsforhold som er regulert i lovteksten. Både en lovtekst og en forskrift er bindende, som vil si at det er *brudd på rettsregelen* om den ikke følges (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b, s.10). Merknader til en forskrift er ikke bindende, men bør ses i sammenheng med forskriften, fordi dette er en type rettleiding og utdyping av innholdet i de enkelte bestemmelsene i forskriften. En veileder inneholder referanser til bestemmelser og beslutninger som er gitt *med bindende virkning*, men er å anse som anbefalinger og råd. De er i seg selv *ikke direkte rettslig*



*bindende* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). Det vil si at de er rettleidende for hvordan de politiske myndigheter, men også hvordan forvaltningsmyndighetene ønsker at bestemmelser skal forstås og praktiseres. I dette ligger mulighetene for utøvelse av et faglig skjønn.

Individuell plan er rettslig knyttet til alle disse typene publikasjoner og er både av bindende og ikke bindende karakter. Rettsliggjøringen er særlig knyttet til å ivareta *brukernes rettigheter*, noe som var av særlig interesse i problemstillingens fokus på brukermedvirkning. Dette var en av grunnene til at brukerne i første runde ble intervjuet *som om de hadde en individuell plan* i tråd med tilhørende rettslige bestemmelser, til tross for at de kun hadde en omdøpt tiltaksplan. Da disse dataene ble diskutert på det første dialogmøtet opp mot helse- og sosialarbeidernes forståelse av *sin* praksis, ga dette data på den *reelle* praksis med den omdøpte tiltaksplanen.

Som tidligere beskrevet er det gitt ut flere veiledere til forskrift om individuell plan. I beskrivelsen av første runde knyttes funnene til 2005-utgaven, da det var denne utgaven som var gjeldende og ble anvendt i denne runden av datainnsamlingsprosessen.

## **7.2 Inngåelse av ”individuell plan”**

Første hovedkategori var *Inngåelse av ”individuell plan”*. Her beskrives funnene fra intervjuene med brukerne, og første dialogsamling i forhold til underkategoriene *Informasjon* og *Samtykke*. Til slutt omtales funnenes implikasjoner for den første strategien.

### **7.2.1 Informasjon og samtykke**

Som en oppfølging av forvaltningsloven § 11, står det i veileder til forskrift om individuell plan at de som kommer i kontakt med forvaltningsorganet har krav på veiledning (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). I forskrift om individuell plan punkt 4.1 ble loven tolket som: ”Bestemmelsen forstås slik at det ikke bare skal gis råd og

veiledning som har med sosialtjenesten å gjøre, men alt som kan hjelpe tjenestemottaker til å realisere sine målsettinger ved hjelp av sosialtjenesten” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b).

Funnene viste at ingen av brukerne hadde fått informasjon om at den planen de hadde var blitt en ”individuell plan” og hva dette innebar. De sa ”Hva kalte du det? Hva er det?” Helse- og sosialarbeiderne mente at de visste for lite om individuell plan til å kunne gi informasjon: ”Jeg må nok innrømme at jeg vet ganske lite om individuell plan, trodde det var veldig likt tiltaksplaner”. Funnene bekreftet at omdøpingen av tiltaksplaner til ”individuelle planer” ikke hadde konsekvenser for den reelle praksisen. Dette var data fra våren 2006, i underkant av to år etter at individuell plan ble utvidet til også å gjelde for sosialtjenesten, og et år etter at ny forskrift om individuell plan ble utvidet til også å gjelde sosialtjenesten.

Funnene hadde konsekvenser for kravet til samtykke for inngåelse av individuell plan. I motsetning til en tiltaksplan, er det et rettslig krav at brukerne *skal* samtykke i at han eller hun ønsker å *inngå en individuell plan*. Verbet *skal*, henviser til at rettsregelen er bindende. Dette understrekes i forskrift om individuell plan § 5: ”Individuell plan skal ikke utarbeides uten tjenestemottakerens samtykke” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). Videre utdypes i samme veileder i punkt 7.7: ”Sammen med plandokumentet skal det finnes en samtykkeerklæring fra tjenestemottaker om at hun eller han ønsker en individuell plan (...)”. Funnene viste at ingen av brukerne hadde samtykket, verken muntlig eller skriftlig. Brukerne trodde at planen var et vilkår for å få tjenester fra helse- og omsorgstjenesten eller LAR, eller de kunne ikke huske om de hadde samtykket: ”LAR og sosialen sa jeg måtte ha.” eller ”Jeg husker ikke, jeg skriver under på så mye.” Helse- og sosialarbeiderne bekreftet at for brukere som søkte tjenester fra LAR var det et krav å ha en plan. De var skeptiske til samtykkeerklæringen for inngåelse av en individuell plan, da brukerne ikke husket hva de skrev under på.

I likhet med *all utveksling av taushetsbelagte opplysninger* innen helse- og omsorgstjenesten krever også arbeidet med tiltaksplaner og individuelle planer brukernes samtykke. I veileder til forskrift om individuell plan punkt 4.3.1 presiseres det at: ”Selv om en person har samtykket i at han ønsker å delta i ordningen med individuell

plan, må koordinator innhente informert samtykke før taushetsbelagte opplysninger kan utveksles.” (Sosial- og helsedirektoratets, 2005b). Få av brukerne sa de var blitt spurt om utveksling av taushetsbelagte opplysninger. De husket ikke å ha underskrevet på et samtykke, men brukernes journaler viste at kun med et enkelt unntak hadde alle underskrevet på samtykket for utveksling av taushetsbelagte opplysninger. Helse- og sosialarbeiderne tilla samtykket liten vekt: ”Jeg informerer ganske kort om dette, og sier noe om at samtykke betyr at jeg kan snakke med samarbeidspartnere og at brukeren får vite hva vi snakket om.” Andre helse- og sosialarbeidere informerte ikke brukerne i det hele tatt om utveksling av taushetsbelagte opplysninger. De mente at brukernes innsynrett i egne journaler sikret at de fikk informasjon om dette, samtidig sa de at det var sjelden brukerne ba om å få se journalen.

I veileder til forskrift om individuell plan vektlegges at samtykket *skal* være *informert* både i forhold til *inngåelse* av individuell plan og *utveksling av taushetsbelagte opplysninger* (Sosial- og helsedirektoratet 2005b). I samme veileder i punkt 4.3.1 presiseres at brukerne må få informasjon om og ha forstått hva en individuell plan er, og om hvordan og hvorfor taushetsbelagte opplysninger utveksles. Brukerne skal være kjent med at de kan nekte utveksling av eller å gi opplysninger, men at de også må være kjent med hvilke begrensninger dette kan ha for det videre arbeidet. Funnene viste at ingen av brukerne husket at begrensning av opplysninger hadde vært et tema. Helse- og sosialarbeiderne erkjente at de ikke diskuterte dette i særlig grad med brukerne. En sa: ”Vel, jeg tror jeg hopper litt over den informasjonen.” De av helse- og sosialarbeiderne som informerte reduserte informasjonen. De mente at det var problematisk hvis brukerne begrenset utvekslingen av opplysningene, da dette fikk negative følger for hjelpen: ”Det er vanskelig hvis de ikke samtykker slik at enkelt informasjon ikke kan gå videre. Enkelte kommer en ikke i posisjon til heller, når de begrenser opplysningsflyten, da begrenser de også hjelpen.”

## **7.2.2 Funnenes implikasjoner for den første strategien**

I andre dialogmøte ble funnene vurdert av helse- og sosialarbeiderne som at den *reelle* praksis ikke ivaretok brukernes rettigheter. De var opptatt av å gi god informasjon: ”Det

er viktig at vi klarer å gi god informasjon til brukerne om individuell plan, slik at de vet hva de velger, men vi må jo og bli mye flinkere på dette med opplysninger, for det skipper vi ganske lett. Brukerne har jo rett på å vite hva vi gjør med opplysningene.” De stilte seg kritisk til de rettslige bestemmelsene om et todelt samtykke, et for inngåelse og et for utveksling av opplysninger, da de som brukerne tilla et skriftlig samtykke lite vekt: ”Det blir for mange skjema, brukerne bryr seg jo ikke”. For å teste ut myndighetenes intensjoner om at to samtykker kunne sikre brukernes frivillighet og selvbestemmelse, ble det bestemt å iverksette et todelt samtykke som en del av den *ideelle* praksisen i den første strategien.

## 7.3 Relasjonen mellom bruker og helse- og sosialarbeider

Andre hovedkategori var *Relasjonen mellom bruker og helse- og sosialarbeider*, som kun beskrives gjennom underkategorien *En ansvarlig helse- og sosialarbeider å forholde seg til*. Dette avsluttes med funnenes konsekvenser for den første strategien.

### 7.3.1 En ansvarlig helse- og sosialarbeider

En av målsettingene med individuell plan er at brukerne har *en* person i hjelpeapparatet som har hovedansvaret for å følge opp den enkelte bruker, ofte omtalt som en koordinator (Sosial- og helsedirektoratet 2005b). I punkt 5.1 står det: ”Når det er klart at det skal utarbeides en individuell plan må en ansvarlig tjenesteyter eller koordinator utpekes” (Sosial- og helsedirektoratet 2005b). I denne utgaven av veilederen henviser ordet *må* til at en av målsettingene med individuell plan er å sikre brukerne en koordinator. Dette er endret i utgaven fra 2010, hvor brukerne *skal* ha en koordinator. Brukerne fant ideen om å ha *en* person til å følge dem opp som god, og mente dette burde være en fra sosialtjenesten: ”Bra med en person, helst fra sosialkontoret, da de er stabile uansett hva som skjer.” Samtidig hadde ingen av dem erfaring med en slik person: ”Nei, det er mange... sosialkontoret, LAR, helsestasjonen, ja.” Helse- og sosialarbeiderne mente at det var dem selv fra sosialtjenesten som var koordinatorene, men at dette *ikke* ble uttalt i klart tekst til brukerne: ”Det er sosialtjenesten som er koordinator, det er bestemt slik, men vi sier ikke direkte at vi er koordinator, men sier hvis det er noe de lurer på til neste møte, må de si fra.”

### 7.3.2 Funnenes implikasjoner for første strategi

I vurderingen av funnenes implikasjoner for den første strategien ble det tatt hensyn til at en av målsettingene med individuell plan var å ha *en* koordinator. Samtidig delte helse- og sosialarbeiderne brukernes meninger: ”Jeg er helt enig med brukerne, disse brukerne har hatt så mange forskjellige kuratorer opp gjennom årene, for de har jo vært her i årevis, det er bra for dem å ha en spesiell person.” Konsekvensene ble at det skulle tydeliggjøres overfor den enkelte bruker hvem som var deres spesielle kontaktperson.

## 7.4 Medvirkning i utarbeidelse av ”individuell plan”

Tredje kategori var *Medvirkning i utarbeidelsen av planen*. Først beskrives funnene i henhold til underkategoriene *Medvirkning i utarbeidelsen av planen* og *Klage på manglende medvirkning*. Til slutt vises det til funnenes implikasjoner for den første strategien.

### 7.4.1 Medvirkning i utarbeidelse av planen

Både tiltaksplan og individuell plan er underlagt generelle lover som presiserer brukernes medvirkning i sosialtjenesten. Brukernes rett til medvirkning i utarbeidelse av individuell plan og tjenestetilbudet er presisert i forskrift om individuell plan i § 4 første ledd andre punktum ved at det skal legges til rette for brukernes medvirkning (Kjellebold, 2009, s. 49). Helse- og sosialarbeidernes plikt til å legge til rette for dette er i merknader til forskrift om individuell plan § 4 omtalt til å gjelde i hele planprosessen: ”Hjelpeapparatet må (...) legge til rette for optimal brukermedvirkning i hele planprosessen.” (Sosial- og helsedirektoratet 2005b). Planprosessen tolker jeg til å dekke kartlegging, utarbeidelse og oppfølging av planen.

I veileder til forskrift om individuell plan, punkt 6.2, står det at det skal gjennomføres en *kartlegging* av brukernes behov for bistand, aktuelle løsninger og virkemidler. Funnene viste at brukerne husket diffust noe eller ingenting om kartlegging. En sa: ”De spurte meg litt, men de visste jo det meste fra før, det står jo i journalen, de spurte om mål, tror

jeg.” Eller ”Jeg husker ikke.” Helse- og sosialarbeiderne bekreftet at det ikke ble lagt stor vekt på kartleggingen. De mente de visste brukernes svar: ”Vi kjenner dem så godt at vi trenger ikke spørre dem om mål og tiltak og slikt. Vi kan jo svarene, så vi kan nok legge litt ord i munnen på dem.” Både brukernes og helse- og sosialarbeidernes utsagn viste at det ikke ble lagt vekt på å tilrettelegge for brukernes medvirkning i kartleggingen av brukernes tjenestebehov og mål for fremtiden i utarbeidelsen av planen<sup>6</sup>.

Funnene viste at brukernes medvirkning i *utarbeidelse* av planen og tjenestetilbudet varierte. Noen hadde erfaring med å skrive et utkast med egne definerte mål og tiltak: ”De spurte meg hvilken målsetting jeg hadde, så skrev jeg det ned på et par sider.” Andre hadde opplevelsen av å måtte være enige i helse- og sosialarbeidernes forslag, og at planen ble skrevet for dem: ”Den ble skrevet veldig fort av en på sosialkontoret, og det var mer den pekefingeren opp, og at det ble krevd at jeg var enig.” Helse- og sosialarbeiderne gjenkjente brukernes opplevelser. De mente at det var gode grunner for å la brukerne skrive selv, men også for at de skrev planen for dem: ”Jeg spør om de ønsker å skrive noe selv. Tar utgangspunkt i hovedoverskriftene i malen og andre mål de måtte ha, og ber de skrive ned stikkord til neste gang. Men jeg har opplevd at de ikke kan skrive selv, og så kan det være korte tidsfrister for LAR søknaden.” Funnene viste at den reelle praksis både var og ikke var i tråd med merknadene til forskrift om individuell plan § 4: ”Tjenestemottaker har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). I veileder til forskrift om individuell plan, punkt 6.4 presiseres det at det er brukernes mål det skal arbeides mot (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). Brukerne opplevde både at deres mål ble tatt med, og at de ble utelatt. En sa: ”Jeg fikk med alt jeg ville, de mente de var realistiske.” mens andre sa: ”Jeg var jo ikke med og skrev den, og de hørte ikke på meg.” Helse- og sosialarbeiderne mente at enkelte av brukerne ikke visste hvilke mål de hadde: ”Jeg opplever ofte at de ikke har tenkt i gjennom dette med bolig, økonomi og sånn.” En annen sa: ”En kan bli litt på hugget for hvilke mål de har.”

---

<sup>6</sup> Disse funnene er diskutert i: Humerfelt (2010): Et faglig skjønn forutsetter anerkjennelse av brukerne. I: Hanssen, H.(red), Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A. og Sommerseth, R. : *Faglig skjønn og brukermidvirkning*. Bergen. Fagbokforlaget

### 7.4.2 Klage på mangel på brukermedvirkning

Brukere med en individuell plan har i motsetning til brukere med en tiltaksplan, en rett til å klage på manglende medvirkning. Dette er regulert i forskrift om individuell plan § 10. Ingen av brukerne hadde fått informasjon om sin rett til å kunne klage. Funnene viste også at helse- og sosialarbeiderne hadde manglende kunnskap om klageanordningen: ”Hva kan de klage på, de lager jo målene selv? Kan de klage på at hjelperen ikke har gjort sitt?”.

### 7.4.3 Funnenes implikasjoner for første strategi

Funnenes konsekvenser for den første strategien var at brukernes medvirkning måtte styrkes, både i kartlegging, utarbeiding og oppfølging av den individuelle planen: ”Vi må la brukerne få medvirke bedre enn i dag, men da tror jeg vi må bli flinkere å si at de kan medvirke.” Helse- og sosialarbeiderne mente at brukernes rett til medvirkning kunne ivaretas, først og fremst ved å bistå dem med informasjon om at de hadde rett til å medvirke, men også på en måte som ga brukerne kunnskap om hva en individuell plan var, slik at brukerne forsto hva de kunne medvirke i. For å kunne lykkes med brukermedvirkning, ble det vurdert som vesentlig at helse- og sosialarbeiderne tilrettela for en relasjon hvor brukerne opplevde tillit og trygghet. Brukerne måtte få den tiden de trengte for å medvirke med sine meninger og i den graden de selv ønsket: ”Vi må prøve å skape tillit og trygghet, hvis de ikke føler det, vil de ikke medvirke, hvem vil det? Selv om vi har dårlig tid, har de rett på å medvirke.”

## 7.5 Innhold og oppfølging av ”individuell plan”

Fjerde hovedkategori var *Innhold og oppfølging av individuell plan*. Funnene beskrives i forhold til underkategoriene *Innhold*, *Evaluerings*, *Ansvarsgruppe og deltakere*, og *Hvem sin plan*. Dette avsluttes med funnens implikasjoner for den første strategien.

### 7.5.1 Innhold

I forskrift om individuell plan § 7 er det en liste med flere punkter for hva planen skal inneholde (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b), i motsetning til tiltaksplan som *ikke* har noe lignende. Dette er punkter som beskriver formelle krav og anbefalinger, blant annet brukernes samtykke til inngåelse og utveksling av opplysninger, en angivelse av hvem som er koordinator og aktuelle eksterne helse- og sosialarbeidere som er med i planarbeidet fra andre institusjoner, og tidspunkt for evaluering av planen. Listen inneholder også punkter av mer substansiell karakter, deriblant brukernes mål, hvilke tiltak som er aktuelle, hvem som skal ha ansvaret for disse, og en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres. Funnene viste at brukerne hadde et overfladisk forhold til planen. Flere av dem visste ikke, eller husket ikke hva som stod i planen deres. Enkelte husket overfladisk noen langsiktige og mer allmenne mål: ”Det står noe om nyktre venner, jobb, bolig, kontakt med familien” eller ”Husker ikke, jo noe med bolig, utdanning og dette med LAR.” Svært få av dem kunne si noe om kortsiktige mål, og hva de konkret gikk ut på. Helse- og sosialarbeiderne visste ikke at det var en liste med krav til innholdet i en individuell plan.

### 7.5.2 Evaluering

I veileder til forskrift om individuell plan punkt 6.8 står at planen skal evalueres kontinuerlig for å korrigere tjenestene i tråd med endringer i brukernes liv (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). Videre står det i § 7, bokstav g og punkt 6.8 at det bør avtales tidspunkt for større justeringer og evaluering av tjenestetilbudet og plandokumentet (Sosial- og helsedirektoratet 2005b). Funnene viste at brukerne mente at planene ikke ble evaluert på den måten at de oppfattet dette som en evaluering. Noen mente at planen hele tiden ble endret: ”Vi endrer planen hele tiden.” Flere av brukerne hadde planer som ikke var oppdaterte i forhold til deres livssituasjon. Helse- og sosialarbeiderne bekreftet brukernes erfaring og at de ikke hadde noe system for evaluering: ”Jeg kjenner igjen utsagnet: Vi endrer hele tiden, når det passer. Vi har ikke noe system på det å evaluere.”



### 7.5.3 Ansvarsgrupper

Ansvarsgrupper er vanlig i mange sammenhenger innen helse- og omsorgstjenesten. Det er møter hvor alle involverte parter fra hjelpeapparatet, inkludert brukeren samles i den intensjon å bistå brukeren på en best mulig måte, og særlig for å koordinere de ulike tjenestene. I veileder til forskrift om individuell plan 2005, punkt 6.7 omtales det at ansvarsgrupper kan etableres (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). Helse- og sosialarbeiderne mente det var viktig med ansvarsgrupper for å kunne ha en tett oppfølging: ”For rusmisbrukerne tror jeg det er behov for ganske tett oppfølging og behov for å samle ulike folk i hjelpeapparatet. Viktig å få alle på banen, klarere ut hvem skal gjøre hva, men hyppigheten vil jo variere.” Brukerne på sin side, opplevde ansvarsgruppene både som gunstige, men også som slitsomme: ”Det er jo bra med disse ansvarsgruppene, får jo prata litt, men samtidig blir det for mye prat og da får jeg bare lyst til å gå.”

### 7.5.4 Hvem sin plan

I veileder til forskrift om individuell plan, punkt 6.4 står det at en individuell plan er brukerens plan (Sosial- og helsedirektoratet 2005b). Dette kan tolkes som myndighetenes interesse av å styrke brukernes eierforhold til planen. Funnene viste at de fleste av brukerne ikke hadde sett sin plan siden den ble skrevet. De kunne ikke huske å få tilsendt en kopi heller, men tenkte at den lå i journalen: ”Jeg har ikke en kopi, ligger i journalen, tror jeg.” Helse- og sosialarbeiderne sa at de hadde rutine på at brukerne fikk tilsendt en kopi.

### 7.5.5 Funnenes implikasjoner for den første strategien

Helse- og sosialarbeiderne fant liten mening i at brukerne hadde en plan som de ikke visste hvor var og ikke ble brukt: ”Det er jo ingen vits med en plan som bare ligger der.” De mente at en av forutsetningene for at den individuelle planen skulle være brukers plan, var at den var *et levende* dokument: ”Det er viktig at en gjør det til klienten sin plan, slik at den blir ekte for dem, at den er praktisk for dem. Vi må tenke at det er brukeren som er eksperten og så må den være noe som de selv har skrevet, så de ønsker å bruke den.” Helse- og

sosialarbeiderne mente også at det var vesentlig at den individuelle planen var enkel og oversiktlig: ”Det er viktig med målene, og at den er enkel og oversiktlig så klienten gidder å lese den, for de leser den ikke hvis det er skrevet for mye.” Videre mente de at planen måtte brukes som dagsorden på møter: ”Kanskje vi skal bruke individuell plan på møtene, i stedet for referat, for det er individuell plan som er verktøyet, - da får vi en prosess i planen. Da blir det ikke et skrivebordsdokument.” Videre løftet de frem nødvendigheten av at planen ble oppdatert jevnlig. Dette var faktorer som ble vurdert som vesentlige for å bidra til at planen ble et aktivt og *levende* dokument for både brukere og helse- og sosialarbeidere.

## **7.6. Målsetting og nytte med ”individuell plan”**

Den femte hovedkategorien var *Målsetting og nytte med individuell plan* med underkategoriene *Individuelt tilpasset, helhetlig og koordinert tjenestetilbud* og *Nyttig med individuell plan*. Til slutt beskrives funnenes konsekvenser for den første strategien.

### **7.6.1 Individuelt tilpasset, helhetlig og koordinert tjenestetilbud**

I veileder til forskrift om individuell plan, punkt 8 legges det vekt på at tjenestetilbudet skal være individuelt tilpasset: ”Resultatet av en individuell planprosess skal være at tjenestemottakeren opplever å få et individuelt tilpasset tjenestetilbud som de selv har vært med på å utforme.” (Sosial- og helsedirektoratet 2005b). Videre presiseres brukernes opplevelse av helhetlige tjenester og nødvendigheten av koordinering av tjenestene: ”De ulike tjenestene må koordineres på en slik måte at tilbudet henger sammen og oppleves som et helhetlig tilbud.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). Funnene viste at brukerne uttalte seg som lite krevende i forhold til om de opplevde tjenestene som koordinerte, helhetlige og individuelt tilpasset. Deres lave forventninger var knyttet til tidligere erfaringer med helse- og omsorgstjenesten. De ristet på skuldrene og sa: ”Jeg vet ikke jeg, jo, jeg gjør kanskje det, men hva kan vi forvente? Vi har ikke fått så mye hjelp før.” Videre viste funnene at ikke alle helse- og sosialarbeiderne var kjent med at individuell plan

hadde som konkret målsetting å bidra med koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester, selv om de i sin daglige praksis hadde dette som en målsetting.

### 7.6.2 Nyttig med ”individuell plan”?

Da brukerne ikke hadde kunnskap om individuell plan, fikk de underveis i intervjuet informasjon om målsettingen. På spørsmål om de trodde at individuell plan kunne være et nyttig redskap for brukere med rusmiddelproblemer, svarte de at det var viktig med felles mål: ”Ja, bra med felles hjelp og mål, det er viktig med mål. Jeg tror det er viktig for hjelpeapparatet, for da har *de* noe å sikte etter.” En annen mente at det skriftlige dokumentet ville forplikte etatene og bedre kommunikasjonen: ”Det er positivt at forskjellige etater må forplikte seg, vi har et felles mål som alle er enig i og skal strekke seg etter. Har man det svart på hvitt, bedrer det kommunikasjonen, det er ikke bra sånn som det er nå.” Helse- og sosialarbeiderne knyttet nytten av individuell plan til om de klarte å få brukerne til å oppleve det som sin plan: ”Det kommer vel frem hvor viktig det er at brukerne er deltakende i planen. Vi får vel bekreftet at de ikke har vært deltakende i stor nok grad til å føle at det er deres plan, at det mer er hjelpeapparatets plan enn brukernes.”

### 7.6.3 Funnenes implikasjoner for første strategi

Funnene var viktige for utforming av den første strategien med å vektlegge en arbeidsprosess som bidro til at brukerne fikk et *eierforhold*, og som kunne ivareta deres positive holdning til individuell plan. Helse- og sosialarbeiderne sa: ”Brukerne svarte at planen var bra for oss å styre etter, ikke for dem selv. De må ha eierfølelsen for at den skal bli nyttig for dem.”

## 7.7 Internveileder

Funnene i første runde ga en felles forståelse av den *reelle* praksisen og om denne ivaretok brukernes rettigheter og målsettingen om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester. På bakgrunn av disse funnene ble første strategien nedtegnet i den

første *internveileder* og som representerte den *ideelle* praksis. I løpet av forskningsprosessen ble det utarbeidet tre utgaver av internveiledere. Den første ble brukt i andre runde av datainnsamlingsprosessen og den andre utgaven i tredje runde. Den siste utgaven var et resultat av alle tre rundene og ble laget med tanke på fremtidig praksis. Denne ble delt ut på sluttseminaret til de andre kontorene som var til stede. Det ble kun gjort mindre endringer i disse utgavene underveis. I det følgende henvises det til utgaven fra 2007. (Se vedlegg nr. 8).

I internveilederen ble det anbefalt å utvikle den individuelle planen til et *levende* dokument både for brukerne og helse- og sosialarbeiderne. Begrepet levende ble blant annet satt i sammenheng med brukernes medvirkning, aktiv bruk av planen på møter og jevnlig evaluering av den. Levende refererte også til viktigheten av helse- og sosialarbeidernes grunnleggende tro på individuell plan som et nyttig redskap og brukernes mulighet til å endre sine liv. Det ble anbefalt å ha et særlig fokus på brukerne og deres medvirkning i hele arbeidsprosessen. Brukermedvirkning ble omtalt slik i tredje utgaven:

”Helse- og sosialarbeideren skal tilrettelegge for at brukers meninger om sine mål og aktuelle tiltak er styrende i relasjonsprosessen under utarbeidelse og oppfølging av den individuelle planen. Den endelige planen vil derfor konkret gjenspeile brukerens meninger – noe som også ivaretas i det videre arbeidet ved evalueringer.” (Se vedlegg nr. 8)

I internveilederen ble arbeidsprosessen med individuell plan som tidligere omtalt, (se underpunkt 6.2.2.5) satt inn i en modell inspirert av The Transtheoretical Model (TTM) til Prochaska og DiClemente (DiClemente 2003, s. 30). Modellen var nesten lik under hele forskningsprosessen, med unntak av at enkelte ord ble endret. Ved å følge modellens fem systematiske faser kunne helse- og sosialarbeiderne se hvilket tema som var aktuelt fra de begynte og underveis i arbeidsprosessen.

Modellen vises under:

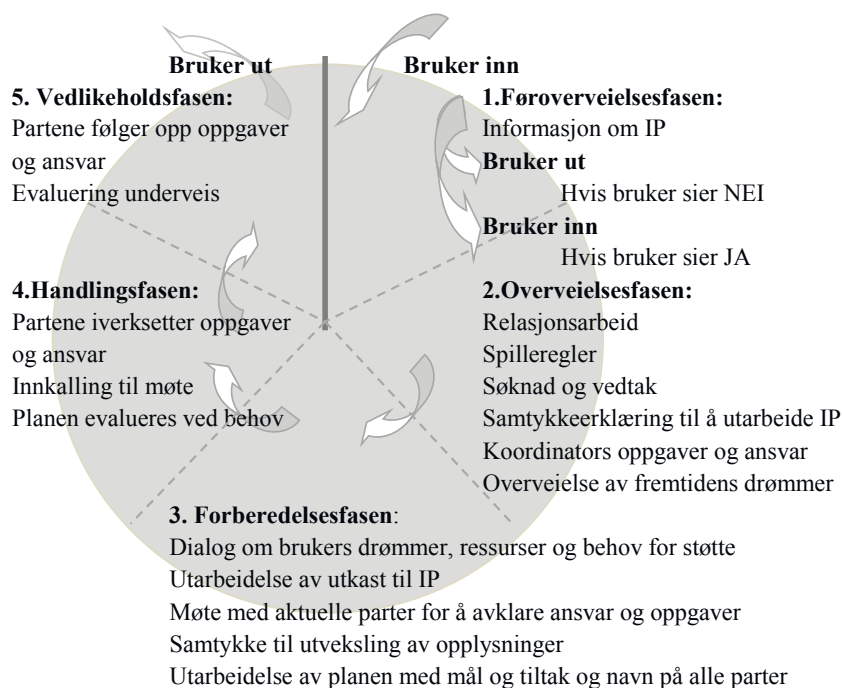


Fig. nr. 6: Modellen viser arbeidsprosessen med individuell plan og er hentet fra den tredje utgaven av internveilederen. Pilene viser kun retning, ikke styrke.

I det følgende beskrives kort hensikten med hver av de fem fasene i arbeidsprosessen, som under drøftingen i senere kapitler refereres mer detaljert til. I første fase, *føroverveielesfasen* var målsettingen at brukerne kunne foreta et kvalifisert valg om de ønsket en plan eller ikke på basis av informasjonen de fikk. I den sammenheng ble det publisert en lettlest brosjyre (se vedlegg nr. 9).

Arbeidsprosessens andre fase var *overveielesfasen* hvor brukeren hadde bestemt seg for inngåelse av individuell plan. Hensikten med denne fasen var å etablere en relasjon preget av trygghet og tillit. Det var også å tilrettelegge for et todelt informert samtykke, et for inngåelse av planen og et for utveksling av taushetsbelagte opplysninger.

I tredje fase, *forberedelsesfasen* var målsettingen å utarbeide et utkast til individuell plan som var basert på brukerens egne beskrivelser av mål og tjenestebehov. Hensikten var også å etablere en ansvarsgruppe med brukerne som likeverdige og medvirkende deltakere, avklare ansvarsoppgaver mellom de ulike etatene og ferdigstille utkastet til den individuelle planen.

I den fjerde fasen, *handlingsfasen* var hensikten å iverksette ulike ansvarsoppgaver som de hadde blitt enige om.

I den siste og femte fasen *vedlikeholdsfasen* var målsettingen å koordinere tjenestene og at alle involverte parter tok ansvaret for de oppgaver de hadde forpliktet seg til. Den individuelle planen skulle brukes som dagsorden og referat, og bli systematisk evaluert. Den ideelle konsekvensen av vedlikeholdsfasen var at brukerne ikke lenger skulle ha behov for individuell plan, men mest mulig klare sine liv på egenhånd.

## Kapittel 8 Presentasjon og drøfting av funn fra andre og tredje runde

I dette kapitlet presenteres og drøftes problemstillingens funn fra andre og tredje runde i datainnsamlingsprosessen. Jeg har valgt å fremstille funnene under nesten de samme hovedoverskriftene som i første runde: 1) Inngåelse av individuell plan, 2) Relasjonen mellom bruker og helse- og sosialarbeider, 3) Medvirkning i utarbeidelse av individuell plan, 4) Oppfølging av individuell plan, 5) Målsetting og nytte med individuell plan. Hensikten med å fremstille funnene i temmelig lik struktur som i første runde er å tydeliggjøre *datas utvikling* gjennom første, andre og tredje runde. Samtidig er strukturen i hovedoverskriftene grovt sett sammenfallende med rekkefølgen av fasene i *arbeidsprosessen* i internveilederen (se forrige kapittel), noe som letter leserens forståelse for hvilken fase i arbeidsprosessen funnene tilhører. Dette bidrar også til at leseren trekkes med i den samme arbeidsprosessen som brukerne og helse- og sosialarbeiderne opplevde i arbeidet med individuell plan. I og med at arbeidsprosessen og hovedoverskriftene er såpass sammenfallende vurderte jeg om jeg *kun* kunne bruke arbeidsprosessen som struktur i dette kapitlet og ikke bruke hovedoverskriftene som i første kapittel. Dette viste seg å være komplisert da flere av funnene tilhører flere faser. Hovedoverskriftene ga en fleksibilitet til å henvise funnene til å kunne gjelde for mer enn en fase.

Funnene i andre og tredje runde *presenteres og drøftes* for det meste *samtidig*, men hver hovedoverskrift avrundes også med en samlet drøfting av funnene.

I dette kapitlet legges det vekt på å vise til funn som både henviser til *ikke* velfungerende praksiser, så vel som velfungerende. Det siste er valgt da jeg anser det også som vesentlig å dokumentere *godt helse- og sosialfaglig arbeid*, for at dette kan nyttiggjøres i praksis og undervisning, og bygges videre på i forskning. Funnene er sett i sammenheng med anbefalinger i internveilederen, relevante norske offentlige dokumenter og faglig litteratur. Offentlige publikasjoner i denne sammenhengen er lovverk, forskrifter, merknader, veiledere til forskrift om individuell plan, NOU'er og Stortingsmeldinger. Funnene fra andre og tredje runde knyttes til både 2005 og 2007

utgaven av Veileder til forskrift om individuell plan (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007), da 2007 utgaven ble utgitt og var gjeldende under siste datainnsamlingsrunde.

## **8.1 Inngåelse av individuell plan**

I det følgende presenteres og drøftes *Inngåelse av individuell plan*. Først i forhold til *føroverveielsesfasen* hvor det drøftes om informasjon om individuell plan bidrar til brukernes selvbestemmelse og frivillighet for inngåelse av individuell plan. Deretter presenteres og drøftes funn knyttet til *overveielsesfasen*, først i forhold til informasjon for innhenting og utveksling av taushetsbelagte opplysninger. Så diskuteres hvorvidt et skriftlig samtykke kan sikre brukernes selvbestemmelse. Til slutt drøftes funnene samlet.

### **8.1.1 Informasjon for å sikre selvbestemmelse og frivillighet for inngåelse av individuell plan**

Myndighetenes interesse av å styrke brukernes rettigheter vises blant annet ved presiseringen av brukernes selvbestemmelsesrett for *inngåelse av individuell plan*. Dette fordrer at brukerne får *informasjon*. Kjellevold (2009, s. 47) kommenterer dette: ”En slik deltakelse må basere seg på at tjenestemottakeren har innflytelse på om det skal utarbeides individuell plan, at tjenestemottakeren får tilstrekkelig og tilpasset informasjon, (...)” I andre og tredje runde hadde helse- og sosialarbeiderne gjennom kompetansetiltak ervervet seg kunnskap om individuell plan, for at de skulle kunne informere brukerne på en god måte. I internveilederen (2007) var det anbefalt i *føroverveielsesfasen* at informasjonen skulle tilpasses den enkelte bruker. De skulle redegjøre for individuell plan som et nyttig redskap som skulle inneholde brukernes mål og behov for tiltak, og bidra til bedre samhandlingen mellom de involverte partene. Brukernes rett til å medvirke og klage på manglende medvirkning ble det også anbefalt å informere om.



I verdigrunnlaget for sosialtjenesten er informasjon vektlagt som en del av brukerperspektivet (St.meld. nr. 28 (1999-2000)). Under punkt 3 står det at: ”Brukarperspektivet må leggjast til grunn for tenestene. (...) den enkelte har rett på informasjon som gir eit realistisk inntrykk av den hjelpa han eller ho kan få.” Syse (2004) knytter retten til informasjon til retten til brukermedvirkning. Fellesorganisasjonens (FO) Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere omtaler i punkt 3.3 informasjonen i sammenheng med brukernes rettigheter og helse- og sosiale tjenester, hvor det står at: ”Barnevernarbeidere, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere skal opplyse bruker/ klient om den enkeltes rettigheter, muligheter og tilbud som kan gis.” (<http://www.fo.no>).

Funnene viste at det hadde foregått en endring i brukernes og helse- og sosialarbeidernes *bevissthet* om individuell plan i løpet av datainnsamlingens tre runder. I motsetning til funnene fra første runde hvor enkelte brukere ikke visste om at de hadde en individuell plan eller hva en individuell plan var, hadde flere av brukerne i andre og tredje runde *fått* informasjon. De sa: ”Jeg hadde ikke peiling, det var hun på sosialen som fortalte om individuell plan.” Helse- og sosialarbeiderne hadde i tillegg til den muntlige informasjonen gitt brukerne den brukerrettete brosjyren som var laget. Ingen av brukerne i andre runde kunne huske å ha mottatt en slik brosjyre, men i tredje runde husket alle, bortsett fra *en* at de hadde fått brosjyren. Flere av brukerne ga uttrykk for at det var vesentlig å få noe skriftlig: ”Jeg synes jeg fikk veldig god informasjon, fikk med meg papirer hjem som jeg kunne lese. Det var bra, for det hjalp meg til å huske hva det var, før jeg skrev under.” Funnene bekreftet at for brukere som har dårlig hukommelse kan det være gunstig med skriftlig informasjon i tillegg til den muntlige.

Funnene viste allikevel ved kontrollspørsmål at brukerne hadde *begrenset* konkret *kunnskap* om individuell plan. I andre runde sa brukerne: ”Jeg har fått beskjed om at jeg får noe mer rettigheter. Jeg var like grønn etterpå. Jeg skjønner ikke helt hva jeg er med på.” De mente informasjonen var vanskelig å forstå og at enkelte av ordene var kompliserte: ”Nå var jeg vekke fra skolen ganske lenge, jeg måtte lære hva delmål er. Det tok jo og sin tid. Jeg glemmer det jo aldri når hun satt her og skulle informere meg om denne planen. Hvorfor trenger det å være så vanskelige ord?” Funnene kan relateres til forskning som viser at 70 prosent

av brukere med omfattende rusmiddelproblemer har læring og atferdsproblemer i skolen (Lauritzen, Waal, Amundsen og Arner, 1997). I pasientrettighetsloven § 3-5 står det at informasjonen skal være tilpasset brukernes individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Den samme ordlyden er brukt i den nye loven om pasient- og brukerrettigheter § 3-2. Det er et spørsmål om hvorvidt informasjonen var godt nok tilpasset den enkelte bruker i andre runde. Funnene kan også ses i sammenheng med at enkelte av helse- og sosialarbeiderne selv slet med å holde begrepene mål, delmål og tiltak fra hverandre. Funnene viser allikevel til en generell endring fra andre til tredje runde. Selv om det også i tredje runde var brukere som synes det var vanskelig å formidle hva en individuell plan var, var det også flere som klarte å forklare de store linjene i en slik plan: ”Det går ut på min fremtid, hvordan legge til rette, hvordan jeg vil ha det, hvordan jeg vil ha hjelp av støtteapparatet. Det ble så mange instanser, obs-teamet, sosialkurator, miljøarbeider, så å sette det sammen da.” Andre formulerte seg temmelig presist: ”Det er en slags plan som du skriver sammen med din sosialkurator eller alene. Du skriver hvilke ønsker du har, hva du trenger for å klare deg videre, mål og tiltak. Så skal dette følges opp. En kan endre den når en vil.” Disse brukerne var også ivrige på andres vegne. De mente at helse- og sosialarbeiderne burde informere alle brukere med rusmiddelproblemer om individuell plan: ”Dere burde alltid informere om individuell plan, også når vi er helt på tryne og bare sitter der, for en dag, ja da skal du se da kommer vi og sier, du den individuelle planen...”. Funnene kan tyde på at helse- og sosialarbeiderne var blitt bedre til å informere. Brukerne uttalte seg om de hadde fått informasjonen på en hensynsfull måte, og at helse- og sosialarbeiderne hadde sikret at de hadde forstått innhold og betydning. Dette er i tråd med anbefalinger i både datidens pasientrettighetslov og nåtidens pasient- og brukerrettighetslov. Brukernes kunnskap om individuell plan er av betydning for at de skal kunne ta et *kvalifisert valg*.

Samtidig viste funnene at helse- og sosialarbeiderne mente det var blitt vanskeligere å informere om individuell plan etter at de selv hadde fått mer kunnskap om den: ”Kunnskapen er blitt bedre, men vanskeligere å selge.” Det dreide seg blant annet om å finne synonymer for begreper som brukerne var innforstått med, men det handlet vel så mye om *volumet* på informasjonen. De mente at idealene for et informert samtykke var komplisert å komprimere til et volum som passet brukerne: ”Den er blitt mer omfattende

enn det målgruppen er i stand til å motta.” De opplevde at brukerne etter forholdsvis kort tid ble ukonsentrerte og glemte informasjonen de hadde fått. Dette er funn som kan ses i sammenheng med undersøkelser som viser at omfattende rusmiddelbruk kan gi konsekvenser som konsentrasjonsvansker og dårlig hukommelse (Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2006; Evjen, Kielland og Øiern, 2007; Fekjær 2009). På den måten var det en mismatch mellom idealene for informert samtykke i forhold til brukernes tilsynelatende interesse og eller evne til å ta i mot informasjonen. Derfor reduserte de informasjonen eksempelvis ved å unnlate å informere om brukernes mulighet til å klage på manglende medvirkning.

Funnene kan knyttes til andre undersøkelser der sosialarbeidere finner det vanskelig å informere brukerne om saksgang og kommunens praksis (Høiland og Juul, 2005, s. 113). Helsetilsynets rapport 2005 viser at i en fjerdedel av kommunene fant fylkesmennene svikt når det gjaldt råd og veiledning. De brukerne som kom for økonomisk bistand, midlertidig husvære eller hjelp til behandling fikk råd og veiledning. De som trengte praktisk bistand og andre støttetiltak risikerte at råd og veiledning om denne typen tjenester ikke fantes, eller var mangelfull (Helsetilsynet, 2005). Det er i siste kategori at informasjon om individuell plan vil komme inn. Thommesens (2008) funn viste at en forholdsvis stor andel av brukerne som hadde individuell plan, ikke selv var klar over det. Om bakgrunnen var at de ikke hadde fått informasjon eller at de ikke hadde forstått informasjonen, kommer ikke frem. Dette kan også ha vært et resultat av, som tidligere omtalt helse- og sosialdirektoratets krav til helse- og sosialkontorene å registrere individuelle planer, noe som førte til omdøping av tiltaksplaner til ”individuelle planer” uten at brukerne visste om det. Slik det også ble gjort på kontoret hvor denne studien foregikk.

Helse- og sosialarbeidernes formidling av informasjon og brukernes konkrete kunnskap om individuell plan er også av betydning for å sikre brukernes *frivillighet* til inngåelse av individuell plan. I veileder til forskrift om individuell plan punkt 4.3.1 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007) presiseres det at individuell plan er en frivillig ordning, og *frivillighet* kobles til brukernes *selvbestemmelse*:

”Ordningen med individuell plan er frivillig. Frivilligheten er ment å øke selvbestemmelsen til den enkelte. Det vil si at det kreves samtykke fra personen før det kan utarbeides en individuell plan. Valgfriheten som ligger i å kunne velge bort individuell plan er prinsipielt viktig.”

I forhold til brukere med rusmiddelproblemer, viste funnene at frivillighet ikke bare kan knyttes til det å få god informasjon om individuell plan. Funnene i både andre og tredje runde viste at noen brukere fremhevet at det ikke var noe som var frivillig når en hadde rusmiddelproblemer: ”Jeg er narkoman og jeg sier ja til alt, ingenting er frivillig når en er narkoman. Når en er narkoman må en bare ta til takke med alt.” Dette kan ses i sammenheng med funn fra første runde, hvor brukerne fremstilte seg som lite krevende. Helse- og sosialarbeiderne gjenkjente dette og mente at brukerne kanskje hadde en formening om at de måtte si det som de trodde helse- og sosialarbeiderne forventet å høre: ”Jeg er litt usikker på om de kommer for å please oss eller at de tror at de må?” Andre brukere lurte på om individuell plan var lovpålagt: ”Det er vel lovpålagt, så det er ikke frivillig i den grad.” Dette er funn som også tas opp senere.

Selv om funnene viser til en variasjon, viste disse også til at flere av brukerne i tredje runde var klar over og mente at de kunne sagt nei til inngåelse av en individuell plan: ”Jeg kunne sagt nei, men jeg kjenner meg så godt selv at jeg vet at det er noe jeg trenger.” og ”Ja, jeg ble spurt om jeg ville, så jeg sa ja med en gang.” Disse funnene kan ha sammenheng med at brukerne i tredje runde møtte helse- og sosialarbeidere som hadde mer trening i å informere om individuell plan, men også at flere av brukerne hadde kommet lenger i sitt arbeid med individuell plan og med å få kontroll over sitt rusmiddelbruk. Brukernes opplevelse av frivillighet bekreftes også ved at det i løpet av tredje runde var flere brukere som takket nei til tilbudet om inngåelse av individuell plan, i forhold til andre runde. Dette kan ikke redegjøres for i eksakte tall, da dette ikke ble systematisk journalført.

### 8.1.2 Informasjon for innhenting og utveksling av taushetsbelagte opplysninger

I første runde viste funnene at helse- og sosialarbeiderne ikke informerte brukerne på en måte som ga dem mulighet til å inngå et reelt informert samtykke i forhold til *innhenting og utveksling av taushetsbelagte opplysninger*. Derfor ble det i internveilederen (2007, punkt 2.2) anbefalt at helse- og sosialarbeiderne skulle legge til rette for ”brukers selvbestemmelse vedrørende opplysningsflyten”. I andre runde var det kun *en* bruker som kunne huske at innhenting og utveksling av taushetsbelagte opplysninger hadde vært et tema, og at han hadde undertegnet et samtykke for dette. Samtidig viste journalene at samtlige brukere hadde undertegnet et samtykke. Det hadde de også i tredje runde, men ingen husket det. De kunne heller ikke huske at dette hadde vært et tema sammen med helse- og sosialarbeiderne. Dette kan delvis forklares med hukommelseskader forårsaket av langvarig rusmiddelbruk. I tillegg kan funnene ses i tilknytning til at brukerne mente at helse- og sosialarbeiderne måtte kunne innhente og utveksle de opplysningene de mente de trengte: ”Vi snakket ikke om det, tror jeg, men jeg ser helt at opplysningene er frie for alle, det er jo for å hjelpe meg.” eller ”De kan snakke fritt, men jeg tror at de tenker over om jeg vil det.” Funnene kan også være et uttrykk for at de *ikke* var vant til å verne om opplysninger om seg selv, da de ikke hadde erfaring fra tidligere om at dette var en mulighet.

Allikevel avslører disse funnene en manglende praksis for å tilrettelegge for et informert samtykke, til tross for at de lot brukerne underskrive på et slikt samtykke. Helse- og sosialarbeiderne mente at det ble for mange skjemaer og underskrifter som brukerne ikke brydde seg om: ”Det er så omfattende og mange skjemaer. Å forklare det slik at brukerne forstår det. De virker ikke som de er interessert. Det vises jo at de ikke får det med seg, selv om vi bruker lang tid.”

Også i sammenhengen for innhenting og utveksling av taushetsbelagte opplysninger mente helse- og sosialarbeiderne at det var en mismatch mellom idealet for informert samtykke og brukernes tilsynelatende interesse for informasjonen. Samtidig er det av betydning at selv om brukerne mente at helse- og sosialarbeiderne gjerne måtte ha fri tilgang til alle opplysninger om dem, fritar ikke dette helse- og sosialarbeidernes ansvar

for å sikre brukernes råderett over taushetsbelagte opplysninger. Når helse- og sosialarbeiderne unnlater å diskutere med brukerne hvordan de ønsker at taushetsbelagte opplysninger skal innhentes og utveksles, er dette brudd på en bindende rettslig bestemmelse og som svekker brukernes personvern. Brukernes rett til selvbestemmelse og frivillighet er sentralt i arbeidet med individuell plan, som ellers i helse – og sosialt arbeid. Når allmenne rettsregler ikke iverksettes overfor den enkelte, er dette en trussel mot en rettslig anerkjennelse av brukernes autonomi (Honneth, 2008a).

### 8.1.3 Skriftlig samtykke for å sikre selvbestemmelse

I veileder til forskrift om individuell plan, punkt 7.7 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007) redegjøres det for at *samtykket for inngåelse* av individuell plan skal være *skriftliggjort*: ”Sammen med plandokumentet skal det finnes samtykkeerklæring fra tjenestemottakeren om at hun eller han ønsker en individuell plan og samtykker til at taushetsbelagte opplysninger kan utveksles mellom ulike tjenesteytere.” Funnene viste at brukerne la tilsynelatende lite vekt på samtykke de hadde underskrevet. Flere av dem ”mente å huske” at de hadde underskrevet på noe, men de visste ikke på hva: ”Jeg skriver under på så mye. Jo, jeg har vel det, men hva vet jeg ikke, du må spørre kuratoren.” De begrunnet dette med at i løpet av mange år som brukere av helse- og sosiale tjenester hadde de underskrevet på mange samtykker. Brukernes motivasjon for å skrive under var også knyttet til helt andre ting enn det saken gjaldt: ”Jeg sier bare ja til alt, bare jeg får pengene.” De så på det å underskrive som en nødvendig formalitet for å få penger eller tilgang til andre tjenester som innleggelse til avrusning og behandling.

Helse- og sosialarbeiderne så at samtykke ofte ble undertegnet for å få livsoppholdet og de kommenterte dette: ”Så lenge jeg har arbeidet her, så har jeg aldri hatt problem med å få samtykke. Det har bare glidd av seg selv, det har ikke vært vanskelig.” På basis av brukernes opplevelser av fravær av frivillighet, selvbestemmelse og deres overfladiske holdning til samtykke er det grunn til å spørre om myndighetenes krav til underskrifter er rette veien å gå for å sikre brukernes rettigheter.

### 8.1.4 Avrundende drøfting av kategorien Inngåelse av individuell plan

Disse funnene innenfor hovedkategorien *Inngåelse av individuell plan* dreier seg særlig om fire forhold:

- Helse- og sosialarbeiderne mente det var en *mismatch* mellom mengden *informasjon* om individuell plan for at brukerne skal kunne foreta et kvalifisert valg og *brukernes tilsynelatende interesse for* å ta til seg informasjonen.
- Informasjon sikrer ikke alltid frivillig inngåelse av individuell plan, da brukere med rusmiddelproblemer kan oppleve at *lite er frivillig som "narkoman"*.
- *Helse- og sosialarbeiderne brøt rettslige krav* for et informert samtykke vedrørende innhenting og utveksling av taushetsbelagte opplysninger.
- Både brukerne og helse- og sosialarbeiderne tilla *skriftlig samtykke* for inngåelse av individuell plan og utveksling av taushetsbelagte opplysninger *liten betydning og vurderte det som en formalitet*.

Disse forholdene utfordrer myndighetenes intensjon om å sikre brukernes *selvbestemmelse og frivillighet*. Overordnet er selvbestemmelse knyttet til grunnleggende menneskerettigheter, da selvbestemmelse er et vesentlig grunnlag for å etablere en identitet og for personlig utvikling. I profesjonelt sosialt arbeid har brukernes selvbestemmelse lenge vært sentralt, noe som vises igjen i Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere (<http://www.fo.no>). Der knyttes brukernes selvbestemmelse til punkt 2.2 prinsippet om respekt for enkeltindividet, punkt 3.1 til forholdet mellom helse- og sosialarbeiderne og brukerne, punkt 3.3 om myndiggjøring, punkt 3.4 om myndighet og makt og til punkt 3.5 om tvang. Dette antyder begrepets kompleksitet og kontekstavhengighet, noe som bidrar til at det kan være vanskelig å konkretisere og komplisert å definere (Selboe, Bollingmo og Ellingsen, 2005, s. 22). Myndighetene knytter hensikten med brukernes selvbestemmelse for inngåelse av individuell plan og

utveksling av taushetsbelagte opplysninger til det å *styrke* brukernes aktive rolle og *innflytelse* over sin situasjon i planprosessen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b). Brukernes selvbestemmelse kan i denne sammenheng knyttes til *frihet*, da selvbestemmelse er et rettsgode som støtter opp under menneskets ønske og behov om å utvikle og utfolde seg i størst mulig grad av frihet (Selboe, Bollingmo og Ellingsen, 2005). Rettsgodet gir eksempelvis brukerne frihet til selv å bestemme om de vil inngå en individuell plan. I denne sammenhengen kan selvbestemmelse ses i tilknytning til brukernes *frivillighet*. Frivillighet kan også ses i sammenheng med frihet til å velge (Bauman, 2003 I: Selboe, Bollingmo og Ellingsen, 2005, s. 24). Kravet til selvbestemmelse henviser slik sett til at individuell plan *ikke* er noe som *kan* eller *skal* iverksettes mot brukernes vilje, men en rettslig presisering av *brukernes frie vilje* til å velge en individuell plan og eller begrense utvekslingen av taushetsbelagte opplysninger.

I lys av Honneths anerkjennelsesteori handler myndighetenes krav til at brukerne skal gis informasjon og samtykke, om å sikre den *rettslige anerkjennelse* av individets evne og vilje til å bestemme over seg og sitt liv. Til grunn for den rettslige anerkjennelsen ligger et rettsfelleskap som er tuftet på en rasjonell enighet om individers likeberettigelse og moralske tilregnelighet. Dette er en *kognitiv* anerkjennelse, som er løsrevet fra følelser om sympati og hengivenhet (Honneth, 2008a). Det er helse- og sosialarbeidernes oppgave å virkeliggjøre myndighetenes rettslige anerkjennelse av den enkelte bruker. Det er de som har mandat til å forvalte rettsregelen. Når helse- og sosialarbeiderne eksempelvis reduserer informasjonen til brukerne, kan den rettslige målsettingen om å sikre selvbestemmelse, frivillighet og deltakelse i egen sak for å beskytte brukerne mot overtramp fra myndighetens side, trues

Funnene i denne studien viser at informasjonen som anses som nødvendig for å sikre brukernes selvbestemmelse og frivillighet kan være for omfattende for den det gjelder. På den måten kan det være gode grunner for at helse- og sosialarbeiderne reduserer informasjonen. Det blir et spørsmål om hvor mye informasjon som er nødvendig. Funnene i tredje runde som viste at brukerne klarte å formulere hva en individuell plan var, kan tolkes som at helse- og sosialarbeiderne til tross for at de hadde redusert



informasjonen hadde formidlet informasjonen ”godt nok”. Samtidig er det problematisk at helse- og sosialarbeiderne eliminerte og eller reduserte viktig informasjon, som brukernes rett til å klage og innhenting og utveksling av taushetsbelagte opplysninger. Når brukerne blir gitt ufullstendig informasjon, kan dette bidra til at de benytter seg av sin selvbestemmelsesrett på et redusert informasjonsgrunnlag om individuell plan. Brukerne blir utsatt for en ”risiko”, da de i etterkant kan vurdere at de har tatt en beslutning på feil eller mangelfullt grunnlag. Når helse- og sosialarbeiderne reduserer eller unnlater å informere om utveksling av taushetsbelagte opplysninger, kan dette etter min mening tolkes som et overtramp fra helse- og sosialarbeidernes side. De fratrar eller begrenser brukernes rettigheter og den rettslige anerkjennelsen av brukerne som moralsk tilregnelige individer som kan ta beslutninger på egne vegne. Derfor er det vesentlig at i sammenhenger hvor informasjonen anses som for omstendelig for brukerne, at helse- og sosialarbeiderne er bevisst hvilken informasjon som reduseres, og er påpasselige med å gi informasjon som sikrer brukerne rett til frivillighet og selvbestemmelse.

Myndighetenes tro på at et *skriftlig samtykke* skal ha samme verdi som ellers i samfunnet er vanskelig å spore i datamaterialet. Både brukerne og helse- og sosialarbeiderne forholdt seg til det skriftlige samtykket som en formell papirøvelse, og uten særlig betydning. Helse- og sosialarbeiderne begrunnet dette med at brukerne tillat det liten verdi. Brukernes manglende vektlegging av sin egen underskrift kan ses som at enkelte mente at de ikke var i posisjon til å ha egne meninger, til å benytte seg av sin selvbestemmelse. De mente at som ”narkoman” var det ingenting som var frivillig. Bauman (2003, I: Selboe, Bollingmo og Ellingsen, 2005) mener at når mennesker ikke opplever at de kan benytte seg av sin selvbestemmelsesrett, innebærer dette en forringelse av deres opplevelse av frivillighet. Funnene viser at det kan kreve ekstra innsats av helse- og sosialarbeiderne å virkeliggjøre brukernes rett til selvbestemmelse gjennom rettsreglene. Dette kommer jeg tilbake til.

Disse funnene kan ha implikasjoner for brukernes utvikling av sitt selvforhold. Når helse- og sosialarbeiderne, som er den sosiale forutsetningen for den rettslige garanterte autonomien ikke forvalter rettsregelen i tråd med intensjonen, påvirker dette brukernes

opplevelse av seg selv. Fordi det er gjennom opplevelsen av den rettslige autonomien at individet kan forstå seg selv som en person som kan tre inn i et forhold til seg selv (Honneth, 2008a, s. 185). Helse- og sosialarbeidernes mangelfulle informasjon kan anses som en trussel mot utviklingen av en gjensidig rettslig anerkjennelse, og dermed også brukernes mulighet til å utvikle selvrespekt. Da det er gjennom erfaringen av å bli rettslig anerkjent at det enkelte mennesket utvikler *selvrespekt* (Honneth, 2008a). Det er gjennom den gjensidige rettslige anerkjennelsen at individet har mulighet til å utvikle og utøve sin autonomi, og forholde seg til seg selv som en autonom person (Honneth, 2008a, s. 129).

Til slutt er det verdt å merke seg at brukerne i tredje runde mente at helse- og sosialarbeiderne burde informere om individuell plan til alle brukere med rusmiddelproblemer, uavhengig av om de viste ønske om å få kontroll på sitt rusmiddelbruk eller ikke. Disse funnene bekrefter denne undersøkelsens ide, om ikke å forhåndsvurdere hvilke brukere som kan ha nytte av å få tilbud om individuell plan.

Oppsummert viste funnene at den *reelle* praksis i flere sammenhenger var en trussel mot *ideelle* føringer for en praksis som rettslig anerkjente brukernes autonomi.

## **8.2 Relasjonen mellom bruker og helse- og sosialarbeider**

I det følgende presenteres og drøftes hovedkategorien *Relasjonen mellom bruker og helse- og sosialarbeider*. Funnene tilhører *overveielsesfasen* og dreier seg om en mangfoldig relasjon som drøftes i forhold til anerkjennelse og rom for uenighet, konflikt og uenighet, infantilisering, en bestemt person, sensitive tema, og ærlighet. Til slutt diskuteres funnene samlet.

I internveilederen (2007, punkt 2.3) ble det anbefalt å legge vekt på å etablere og utvikle en *relasjon* preget av tillit og trygghet, og være sensitiv for brukernes tempo. Dette ble vurdert som vesentlig for å bygge opp om brukernes interesse for å medvirke i planprosessen. Relasjonen mellom bruker og helse- og sosialarbeider er omtalt i

veileder til forskrift om individuell plan i forhold til samarbeid. I punkt 6.3: ”Det viktigste synes å være at samarbeidet mellom koordinator og personen, eventuelt hans eller hennes familie, er konstruktivt og oppleves som godt av begge parter.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007). Samarbeidet det her henvises til tolker jeg som at det er relasjonen som bør ”oppleves som godt av begge parter” for at brukerne og helse- og sosialarbeiderne skal kunne inngå i et samarbeid om individuell plan.

### 8.2.1 En relasjon preget av anerkjennelse og rom for uenighet

I både andre og tredje runde viste funnene i dominerende grad at brukerne opplevde relasjonen til helse- og sosialarbeiderne som god. Dette var for det *meste brukere som både arbeidet med å få kontroll over sitt rusmiddelbruk og som hadde hatt individuell plan over tid*, men det gjaldt også en del av dem som var i begynnelsen av utarbeidelsen av den individuelle planen, og som var mer ambivalente til å endre sitt rusmiddelbruk:

”Kontakten har vært god hele tiden, jeg er veldig heldig som har henne. Utrolig flink. Hun bryr seg og er stolt av meg, og det synes jeg er kjempekjekt. Hun gir meg ros når jeg klarer noe. Det er noe vi trenger. Jeg tror hun bryr seg så mye som hun skal bry seg. Veldig flink til å følge meg opp, og har jeg ikke ringt på lenge så tar hun en telefon til meg. Det er kjekt, oppdaterer seg på hvordan jeg har det.”

Utsagnet vitner om at helse- og sosialarbeiderne imøtekom brukernes behov ved å gi noe ekstra eksempelvis ved at de ringte dem opp og ga ros. Dette er avgjørende for en positiv relasjonsbygging (Thuseth, 2008). Samtidig viste funnene også at relasjonen ikke *bare* var preget av enighet. ”Ja, jeg føler at hun står på godt for meg, selv om jeg sa at jeg følte at hun ikke støttet meg godt nok en tid, mer rotta seg sammen med de andre, men hun tok det til etterretning.”

Funnene kan tolkes som at når brukerne opplevde at det var ”godt” i relasjonen, opplevde de helse- og sosialarbeidernes *anerkjennelse* av dem. Honneth benytter (2003)

begrepspar ”erkjenne/anerkjenne,” ”se/synlig” for å tydeliggjøre at anerkjennelse innebærer noe mer enn kun ”å erkjenne” den andre og ”å se” den andre rent visuelt. Det handler om en bevissthet om at ”å anerkjenne” brukerne krever en ”synliggjøring” gjennom verbal og eller nonverbal kommunikasjon. Her ligger kognitive og psykologiske begrunnelser, da helse- og sosialarbeidernes evne til å synliggjøre anerkjennelsen er en forutsetning for at brukerne kan *føle* seg anerkjent som et individ med en unik personlighet. Når brukerne refererte til at helse- og sosialarbeiderne ”roste” dem når de mestret noe, eller ”ringte opp” etter en tids fravær, eller følte at helse- og sosialarbeiderne ”brydde seg”, er brukernes opplevelse basert på helse- og sosialarbeidernes synliggjøring av deres anerkjennelse av dem. Likeledes er deres opplevelse av at deres kritiske bemerkninger ikke utløste negative konsekvenser for relasjonen, men ble tatt til ”etterretning”. Dette er også en synliggjøring av helse- og sosialarbeidernes anerkjennelse av brukerne. Med andre ord er brukernes opplevelse preget av helse- og sosialarbeidernes anerkjennelse av deres individualitet. Gjennom ulike former for engasjement og empati bidro dette til brukernes opplevelse av anerkjennelse. Deres synliggjøring av anerkjennelse av brukerne er nødvendig for at brukerne skal kunne oppleve verdsettelsen. Dette er vesentlig i alt relasjonsarbeid, da det bidrar til styrking av brukernes grunnleggende verdi og selvfølelse (Samoilow, 2007). På den måten virkeliggjorde helse- og sosialarbeiderne sitt ansvar for å etablere en god relasjon for å skape tillit: ”Det er vår rolle å få den tilliten, så man faktisk kan hjelpe.” Tillit kan i den sammenhengen ses på som lim, smøremiddel og grunnmur i relasjonen (Grimen, 2009, s.11).

Samtidig var brukernes anerkjennelse av helse- og sosialarbeiderne avgjørende for at de selv skulle kunne oppleve helse- og sosialarbeidernes anerkjennelse av dem som troverdig, men også for at denne skulle være av betydning for dem. Kun ved anerkjennelse av den andre at kan en oppleve sin egen anerkjennelse:

”Hvis jeg ikke anerkjenner min interaksjonspartner som en bestemt type person, kan jeg heller ikke oppleve meg som anerkjent som samme type person i partnerens reaksjoner, fordi jeg fraskriver den andre personen nettopp de egenskapene og ferdighetene i kraft av hvilke jeg ønsker at den andre skal anerkjenne meg.” ( Honneth, 2008a, s. 47).

Funnene viste at brukerne på sin side anerkjente helse- og sosialarbeiderne ved at de sa at de var ”kjempeflinke”, ”de står på for meg” og ved at de synes det var ”kjempekjekt” at helse- og sosialarbeiderne var ”stolt av dem”. Dette dreier seg om den *gjensidige solidariske anerkjennelse*, hvor forutsetningen er at partene verdsetter hverandre. Det er en verdsetting som enkeltmennesket både *emosjonelt og kognitivt* tilkjennes i tråd med kulturelle standarder, og som er vesentlig for menneskets opplevelse av *individualitet*: ”En person kan bare føle seg ”verdifull” hvis den vet at den anerkjennes for egenskaper som den ikke deler med andre.” (Honneth, 2008a, s. 134). Funnene kan tyde på at relasjonen var preget av solidarisk anerkjennelse, noe som jeg mener må være en forutsetning for at det skal ”oppleves godt for begge parter”. Disse funnene kan tolkes som at helse- og sosialarbeiderne mestret å etablere en god relasjon basert på trygghet, tillit, gjensidig respekt med utgangspunkt i brukernes tempo, som var anbefalt i internveilederen (2007). Dette ble i internveilederen vurdert som grunnleggende i arbeidet med å tilrettelegge for brukernes ønske om å medvirke i utarbeidelsen og oppfølgingen av den individuelle planen. Noe som også bekreftes av Gravrok, Andreassen og Myller (2008).

#### **8.2.1.1 En relasjon preget av konflikt og uenighet**

Selv om funnene i dominerende grad viste at brukerne opplevde relasjonen som god, viste funnene i andre og tredje runde også noe av kompleksiteten i det å etablere og vedlikeholde en ”god” relasjon med brukere som har rusmiddelproblemer. Dette var funn fra *føroverveielsesfasen* og *overveielsesfasen* og gjaldt særlig brukere som kom tydelig *rusmiddelpåvirket og som var ambivalente til å endre sitt rusmiddelbruk*. Det gjaldt situasjoner hvor brukerne mente at helse- og sosialarbeiderne ikke forstod deres behov. Særlig dreide dette seg om at deres tjenestebehov ikke ble innfridd raskt nok, som det å få bolig eller penger. De ville helst at tjenestene skulle komme på dagen, noe som helse- og sosialarbeiderne ikke kunne innfri. Helse- og sosialarbeiderne på sin side var opptatt av at når brukerne først var på kontoret, ville de benytte tiden til å arbeide med individuell plan. Dette opplevde brukerne som om helse- og sosialarbeiderne ikke anerkjente det de formidlet som sine behov, men at helse- og sosialarbeiderne motarbeidet dem. Brukerne sa: ”De floker det til for meg, mer opptatt av å nekte meg, og presse meg inn i et opplegg.” Brukernes opplevelse av ikke å bli møtt på sine akutte behov

kan ha sammenheng med at bruk av ulike rusmidler kan bidra til hyperaktivitet og nedsatt impuls kontroll (Liraud & Verdoux, 2000; NOU 2010:3; Parker, Millington, Combe, Brennan, 2012), hvor det blir viktig for dem at ting skjer med en gang. Brukere med rusmiddelproblemer kan også ha vansker med å forholde seg til fremtidige gevinster (Bretteville-Jensen, 1999; Takahashi, 2005) slik som det å forholde seg til at det kan ta tid å få tjenester i det offentlige hjelpeapparatet. For helse- og sosialarbeidernes del kan deres iver etter å komme i gang med den individuelle planen ha vært påvirket av deres deltakelse i denne studien, og dette kan ha svekket deres sensitivitet for brukernes situasjon og motivasjon for å utarbeide en individuell plan. Samtidig er denne konflikten mellom brukernes og helse- og sosialarbeidernes ulike agendaer noe som helse- og sosialarbeiderne kjente seg igjen i: ”De som ennå har en fot eller to i rusmiljøet, kan ha dager hvor de bare er opptatt av få penger eller et eller annet, og det skal helst ha skjedd i går. Da er det ikke lett å få dem å holde motivasjonen oppe for individuell plan.” Dette misforholdet i hva som er agendaen bidro til at ingen av partene opplevde det å ha en ”god” relasjon. Sagt på en annen måte led relasjonen av mangel på anerkjennelse. Brukerne anerkjente ikke helse- og sosialarbeiderne, siden de selv ikke opplevde anerkjennelse for hva de mente var sine tjenestebehov. Helse- og sosialarbeiderne slet med å vise sin anerkjennelse overfor brukerne, da de opplevde krav som de ikke kunne oppfylle og holdt fast på å fokusere på arbeidet med individuell plan.

#### **8.2.1.2 En relasjon preget av tidvis infantilisering**

Funnene viste også at brukernes funksjonsnivå kunne utfordre kommunikasjonen i relasjonen. Disse funnene tilhører *før- og overveiellesfasen*, og *kun* i andre runde. Enkelte brukere kunne til tider oppleve kommunikasjonen som infantiliserende: ”Jeg er jo voksen, det må de godta, jeg går ikke i noe barnehage. Det blir litt mye barnehagetendenser.” Samtidig som brukerne viste forståelse for helse- og sosialarbeidernes handlinger, da de selv mente at de hadde et varierende funksjonsnivå: ”Men det er jo ikke lett for dem, du vet, på sett og vis er vi 35 år eller noe sånt, og på samme tid kan vi være som bedritne 12 åringer.” Flere av brukerne hadde avbrutt skolegangen i ungdomskolen, noe som også vises i annen forskning (Lauritzen, Waal, Amundsen og Arner, 1997; Fekjær, 2009). Samtidig hadde de fleste av dem begynt med rusmidler tidlig i tenårene og levde ”på

siden" av det etablerte samfunnet i rusmiljøet i mange år. Dette bidro til at de i flere sammenhenger hadde større eller mindre hull i sin basiskunnskap og manglende sosiale ferdigheter som er nødvendig i dagliglivet. Brukernes varierende funksjonsnivå gjorde helse- og sosialarbeiderne usikre på hvordan de skulle kunne formulere de enkleste spørsmål uten at det ble oppfattet som en undervurdering av brukerne. Dette kunne eksempelvis dreie seg om helt vanlige praktiske gjøremål: "Ja, jeg blir litt usikker, hvordan kan jeg spørre om han trenger hjelp til å kjøpe busskort?" Dette ble tatt opp på et av brukerådmøtene, hvor brukerne sa: "Kan dere ikke bare spørre helt vanlig og ikke snakke til oss som barn?"

Infantilisering er problematisk i forhold til å etablere en "god" relasjon. Brukernes opplevelse av å bli undervurdert av helse- og sosialarbeiderne bidrar til at de selv ikke vil kunne anerkjenne helse- og sosialarbeiderne. Tilsvarende funn ble *ikke* bekreftet i tredje runde, noe som kan tyde på at helse- og sosialarbeiderne hadde forbedret sin kommunikasjon.

### 8.2.2 En bestemt person som har hovedansvaret

I motsetning til funnene i første runde av datainnsamlingen, bekreftet funnene i andre og tredje runde at brukerne opplevde at de hadde en bestemt helse- og sosialarbeider som fulgte dem opp. Dette gjaldt både brukerne som hadde arbeidet aktivt med å få kontroll over sitt rusmiddelbruk og de som var ambivalente til endring av sitt rusmiddelbruk. Brukerne mente det var vesentlig å ha en bestemt person: "Ja, jeg er veldig glad for at jeg har *en* som er min, og at det er hun jeg har best kontakt med nå." Ønsket om å ha en person over tid var for brukerne knyttet til å slippe å fortelle om sitt privatliv gjentagende ganger til nye folk som de ikke kjente: "Det er jo sånn; Åh! En ny en nå! Akkurat fortalt og så skal du fortelle til en ny, så en ny." En annen knyttet dette til å ha et privatliv: "Det hadde vært grusomt å skifte, det er ikke bare å komme og fortelle på nytt, du kan ikke utlevere deg selv så mange ganger, det er noe som heter privatliv." Videre viste funnene at brukerne kunne oppleve det å skifte helse- og sosialarbeider så dramatisk at de tenkte på å bryte kontakten med hjelpeapparatet: "Det er ikke gunstig for folk å få nye folk hele veien. Jeg

husker når de sa jeg skulle få ny, jeg var på nippet på å gi opp hele sosialkontoret, for da hadde jeg hatt henne de siste årene.”

Flere av brukerne var langtidsmottakere av sosialhjelp og enkelte av dem hadde hatt samme helse- og sosialarbeider å forholde seg til i mange år. Helse- og sosialarbeiderne hadde ofte kjent brukerne i mange år, og fulgt dem gjennom vanskelige perioder og situasjoner i livet, noe som bidro til at brukerne opplevde at helse- og sosialarbeiderne kjente dem godt: ”Jeg er veldig sur på henne, for hun er ikke min kurator nå, hun har jo kjent meg siden jeg var i rennesteinen og opp, så det er derfor jeg savner henne, hun kjenner jo meg ut og inn.”

Funnene tydeliggjør at brukerne mente det var vesentlig å ha en langvarig relasjon til *en* helse- og sosialarbeider. Deres oppgittethet og fortvilelse ved et eventuelt skifte, var knyttet til at etablering og utvikling av en relasjon til enda en helse- og sosialarbeider krevde gjentakelser og utlevering av opplevelser knyttet til deres privatliv, som de kunne oppleve mer eller mindre nedverdiggende. Helse- og sosialarbeiderne la vekt på at det krevde *tid* å etablere en god relasjon: ”Tidsperspektivet hører med til å bygge en god relasjon, det krever tid.” Anerkjennelsesprosesser er *tidkrevende*, da etablering og utvikling av denne typen relasjoner ofte handler om å utlevere sitt liv på ”godt og vondt”.

### 8.2.2.1 En relasjon til å romme sensitive tema

Funnene i andre og tredje runde viste at å utlevere seg på ”godt og vondt” handlet om at utarbeiding av en individuell plan kunne innebære å blottstille *sensitive tema*. Funnene var særlig knyttet de brukerne som arbeidet seriøst med sin individuelle plan og med å få kontroll over sitt rusmiddelbruk. Det kunne dreie seg om å fortelle at en ikke hadde, eller fant det vanskelig å få venner, helst venner som ikke hadde rusmiddelproblemer: ”En sier jo ikke med en gang at en ikke har venner, det er jo veldig privat at en må ha hjelp til å få venner, en trenger tid på seg før en vil utlevere slikt.” Andre problematiserte helseproblemer som sensitive tema: ”Ja, helse er veldig intimt, det er ikke bare, bare å brette ut om alt om kroppen etter 20 års misbruk. Ja, det er jo forskjellige ting der som er veldig



intimt.” De henviste til helseproblemer som mange brukere med rusmiddelproblemer sliter med. Det kan være utslett og abscesser som de trengte helsetjenester til. Dette var temaer som brukerne hadde høy terskel for å fortelle om. De følte at det var å blottstille det som de opplevde som skamfullt, flaut og fornedrende. Disse funnene må ses i sammenheng med den positive betydningen av å ha *en bestemt kontaktperson over tid*, og hvorfor brukerne mente det var slitsomt å skifte helse- og sosialarbeider. Dette dreier seg om respekt for, og å ta på alvor brukernes individuelle historier knyttet til konsekvensene av et langvarig og omfattende bruk av rusmidler. Å ta dette på alvor, kan være en av betingelsene for at relasjonen mellom bruker og helse- og sosialarbeider kan preges av gjensidig solidarisk anerkjennelse.

#### 8.2.2.2 En relasjon til å romme ærlighet

Funnene i andre og tredje runde viste også at særlig brukerne som hadde forholdsvis god kontroll over sitt rusmiddelbruk og hadde arbeidet over lengre tid med utarbeidelsen av sin individuelle plan, var opptatt av en langvarig relasjon som kunne romme *ærlighet*. De knyttet viktigheten av ærlighet til at innholdet i den individuelle planen måtte være relatert til deres faktiske livssituasjon: ”Ja, hvis en skal ha hjelp, og det handler om deg selv, da bør man være ærlig, hvis ikke samarbeider en på feil grunnlag. Da kommer den individuelle planen ut fra feil utgangspunkt. Det er jo ganske logisk.” Brukerne begrunnet viktigheten av ærlighet med at det ville ha konsekvenser for dem selv: ”Jeg er jo ærlig med dette her, delvis i hvert fall, hvis ikke slår det tilbake på meg selv senere en gang, så det gjør jeg ikke, kan jo ikke få til endring hvis jeg ikke er ærlig, en kan jo lure andre, men til syvende og sist er det en selv det går utover.” De knyttet ærlighet til tillit i relasjonen: ”Da er vi inne på de tillitsgreiene, det er kanskje derfor hun og jeg har kommet så godt ut av det, føler jeg da, tror det er for jeg har klart å være ærlig.”

Tillit må ses i et relasjonelt perspektiv, da tillit skjer mellom en tillitsgiver og en tillitsmottaker. Begrepet er komplisert å definere, men settes ofte i sammenheng med det å *stole* på noen hvor en *handler med få forholdsregler* (Grimen, 2009, s. 19). Dette er tillitens mest allmenne kjennetegn. Når brukerne (tillitsgivere) er ærlige og blottstiller sensitive tema overlater de noe som er viktig for dem i helse- og sosialarbeidernes

(tillitsmottakerne) *varetekt* i en viss tid. Brukerne har da overlatt en skjønnsbasert og juridisk makt over noe som er av *verdi* for dem: ærlighet og sensitive tema. De *forventer* at helse- og sosialarbeiderne ikke vil skade deres interesser, og er kompetente til å ivareta deres ærlighet i tråd med deres interesser. Helse- og sosialarbeiderne besitter midler og ressurser til å ivareta brukernes interesser, noe brukerne regner med ved at de i sin åpenhet tar *få forholdsregler*. Nødvendigheten av at den individuelle planen utarbeides i tråd med brukernes reelle situasjon, tydeliggjør hvor vesentlig det er at helse- og sosialarbeiderne evner å tilrettelegge for en relasjon som er gjensidig anerkjennende, slik at brukerne kan være ærlige med hvilke tjenestebehov de har. Sagatun og Smith (2012, s.179) omtaler helse- og sosialarbeidernes ansvar for brukernes medvirkning: ”Når tjenesteyterne viser interesse og engasjement for den enkelte brukeren, åpnes det for at brukerne ved ”å legge fakta på bordet” og ”være ærlige” medvirker til og blir medansvarlige for å utløse tjenesteyteren og tjenestenes handlingsmuligheter.”

Andre brukere som var mer ambivalente til om de ville endre sitt rusmiddelbruk og som var tidlig i arbeidet med individuell plan, sa at de var *delvis* ærlige. De mente at ærlighet var viktig i den individuelle planen i forhold til egen fremtid, men tok også forbehold i forhold til hva de ville være ærlige om: ”Selvfølgelig, jeg lyver jo ikke om hva jeg vil gjøre i fremtiden, det er jo min fremtid. Ja ja, det kommer an på hva det er (smålatter). Jeg er jo ærlig om det med bolig og sånn, men det med rusinga, vet du, det holder jeg litt for meg selv hva jeg egentlig tenker om.” Slik skilte enkelte av brukerne på hvilke opplysninger de valgte å være ærlige om i forhold til utarbeiding av den individuelle planen, og særlig gjaldt dette opplysninger som involverte deres faktiske rusmiddelbruk. En bruker som selv hadde et avklart forhold til sitt rusmiddelbruk reflekterte over det å være ærlig i helse- og omsorgstjenesten:

”Jeg skjønner det kan være problem, for mange av de som kommer som skal skrive en individuell plan er folk som har vært i hjelpeapparatet i mange år. De vil være skeptiske med opplysninger, og det vil hemme dem på en måte. Ja, det er jo mange som, for å si det rett ut, ikke at de er dårlige mennesker, men på grunn av livsstilen sin. De vil gjerne skjule rusen, og sånn blir de vant med å lyve. Det blir mye lyving. De har problemer med å snakke sant, da, men det er ikke lett så lenge hjelpeapparatet straffer.”

Brukerne som var kritiske til hvor ærlige de kunne være stilte med forholdsregler, da de ikke var sikre på om helse- og sosialarbeiderne ville ivareta deres interesser. Deres erfaring fra flere år i hjelpeapparatet tilsa at det var best å sikre seg ved ikke å berette om sitt faktiske rusmiddelbruk. Dette er funn som sammenfaller med en undersøkelse av langtidsmottakere av sosialhjelp. Den viste at de hadde *lavere tillit til andre* enn det som er vanlig ellers i befolkningen (van der Wel, Dahl, Løynad, Naper, og Slagsvold, 2006). Brukernes lave tillit til helse- og sosialarbeiderne begrunnet de med tidligere erfaringer, hvor sosialtjenesten benyttet sanksjonsmidler, som eksempelvis vilkår for utbetaling av livsoppholdet eller splitting av den månedlige utbetalingen. Dette var funn som ble bekreftet av helse- og sosialarbeiderne, og de var klar over at brukerne og deres interesser ikke alltid var sammenfallende.

Samtidig kan disse funnene også være et uttrykk for brukernes ambivalens til å endre sitt rusmiddelbruk. Ambivalensen handler om at de vet hva det livet de har innebærer, men de vet ikke hva fremtiden vil bringe, da mange av dem ikke har opplevd et voksent liv uten omfattende bruk av rusmidler (Barth, Børtveit og Prescott, 2006). Funnene kan tolkes som en bekreftelse på brukernes ambivalens for å endre sine liv, da funnene viste at de som ikke hadde bestemt seg for om de ville endre sitt rusmiddelbruk, var mer forbeholdne med å være ærlige, enn de som hadde bestemt seg for at en endring måtte skje.

Funnene synliggjør hvor komplekst det kan være å utvikle en solidarisk anerkjennende relasjon på et offentlig kontor med tilgjengelige sanksjonsmidler og til brukere som er ambivalente til om de ønsker endring i sin livssituasjon. Samtidig har helse- og sosialarbeiderne et ansvar for å møte brukerne på en måte hvor de føler seg anerkjente, også om de velger å være ærlige om situasjoner som kan utløse sanksjoner.

Ambivalensen for å si sannheten kan også handle om å bli trodd. Enkelte av brukerne hadde innimellom prøvd å være ærlige om sitt rusmiddelbruk: "Det har vært et par ganger hvor jeg har vært ærlig, har sagt hva jeg ruser meg på, så har hun ikke trodd på meg, hun mente noe helt annet, hun lager et sinne i meg, men så har jeg gått ut før jeg blir sint." Det tok på for denne brukeren å forberede seg på å være ærlig, og da han ikke møtte anerkjennelse for

sin beskrivelse, valgte brukeren å opprettholde sine forholdsregler i forhold til det å være ærlig. Helse- og sosialarbeiderne gjenkjente brukernes tilbakeholdenhet, og deres ambivalens for å være ærlige. De bekreftet at manglende ærlighet gjorde det vanskelig for dem å utvikle en gjensidig anerkjennende relasjon, da de opplevde at det ”lå noe mellom dem”, enten som noe usagt, eller som en uenighet som stod i veien. ”Det med ærlighet det er komplisert, for når vi konfronterer dem med rusbruk og de ikke er enige, ja eller så bare ligger det der. Vi venter liksom på at de skal åpne opp, det blir jo vanskelig å bygge en relasjon.” Også disse funnene viser betydningen av å ha *en spesiell person* for brukerne å forholde seg til over *tid*, for å stille med få *forholdsregler*, krever *tillit*. Samtidig kan funnene knyttes til viktigheten av å bekrefte brukernes individualitet. Når brukeren sier som referert over, at det var på grunn av at han turte å være ærlig at han ”kom så godt ut av det” med helse- og sosialarbeideren, må en kunne tolke dette som et resultat av brukerens opplevelse av å få bekreftet sin individualitet. Sagt på en annen måte, en relasjon preget av solidarisk anerkjennelse kan åpne for brukernes ærlighet.

Helse- og sosialarbeiderne relaterte også, som brukerne som er sitert over til at brukernes ærlighet ville få følger for innholdet i den individuelle planen: ”For hvis de ikke er ærlig på hva som er problemet, ja, da blir jo ikke planen rett heller.” En forutsetning for at den individuelle planen skal være tuftet på brukernes reelle situasjon, er en relasjon preget av gjensidig solidarisk anerkjennelse som kan romme brukernes ærlighet.

### **8.2.3 Avrundende drøfting av kategorien Relasjonen mellom bruker og helse- og sosialarbeider**

Funnene fra kategorien *Relasjon mellom bruker og helse- og sosialarbeider* viste ikke til store endringer fra andre til tredje runde, men særlig følgende forhold kom tydelig frem i materialet:

- Brukerne som arbeidet aktivt med å få kontroll over sitt rusmiddelbruk og hadde individuell plan over tid opplevde relasjonen til helse- og sosialarbeiderne som gjensidig solidarisk anerkjennende. De opplevde at det

var rom for uenighet og de uttrykte en opplevelse av tillit og trygghet. Det samme gjaldt også for det meste brukerne som var ambivalente til å få kontroll over sitt rusmiddelbruk og som var i begynnelsen av utarbeidelsen av en individuell plan.

- Brukerne som møtte påvirket av rusmidler og som var ambivalente til å endre sitt rusmiddelbruk kunne i enkelte situasjoner oppleve manglende forståelse for sine akutte behov. Disse relasjonene var til tider preget av uenighet, noe som kompliserte partenes gjensidige anerkjennelse.
- Brukernes individuelle varierende funksjonsnivå bidro til at de til tider kunne oppleve relasjonen som infantiliserende.
- Brukerne mente at det var vesentlig å ha en bestemt person å forholde seg til over tid i hjelpeapparatet.
- Brukerne opplevde det belastende å skifte helse- og sosialarbeider, da de mente det var grenser for hvor mange de skulle utlevere sitt privatliv til. Spesielt gjaldt dette utarbeidelse av individuell plan som kunne innebære å blottstille sensitive tema, temaer de mente krevde tid og tillit for å formidle.
- Brukerne mente at ærlighet var en forutsetning for at den individuelle planen skulle være basert på deres reelle situasjon. Samtidig opplevde de det kompliserende å være åpne om sitt faktiske rusmiddelbruk, da hjelpeapparatet kunne iverksette sanksjonsmidler som kunne hindre at de fikk de tjenestene som de mente de trengte.

Disse funnene kan samlet sett tyde på at de rettslige bestemmelsene i forskrift for individuell plan 2005 og 2007, punkt 5.2 og 2010 punkt 5.1 (Sosial- og helsedirektoratet 2005b; Helsedirektoratet 2007; Helsedirektoratet 2010), om *en* ansvarlig tjenesteyter er sammenfallende med brukernes interesser. I disse veilederne står det skrevet: ”Det bør skje minst mulig utskifting av hvem som innehar koordinatoransvaret i en planprosess”. Dette er ideelle føringer som er gode hvis de blir håndhevet i den reelle praksis, da dette gir muligheten for utvikling av en gjensidig solidarisk anerkjennelse i relasjonen.

I sammenheng med arbeidet med individuell plan viste funnene at det var av betydning for brukerne å ha en langvarig relasjon til en bestemt person i hjelpeapparatet, da

arbeidet kan innebære blottstilling av temaer som brukerne kan oppleve som private og sensitive. Mange brukere med rusmiddelproblemer har tidligere opplevd at deres private grenser er blitt brutt gjennom overgrep og omsorgssvikt (Fekjær, 2009, s. 95). Derfor er det særlig viktig at systemet viser respekt for brukernes privatsone ved å tilrettelegge for *færrest* mulige skifte av kontaktpersoner i tjenesteapparatet. Et skifte av helse- og sosialarbeiderne kan true brukernes vilje til nok en gang å etablere og utvikle en anerkjennende relasjon, da dette også krever opparbeiding av tillit som tar tid. Brukernes sårbarhet understøttes av andre studier som viser til at personer med rusmiddelproblemer og som ofte har sammensatte problemer og lidelser, vil være sårbare når det gjelder relasjoner (Evjen, Øiern, og Kielland, 2003; Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2006; Karoliussen, Andreassen og Gravrok, 2009). Dette dreier seg om både å se og å bli værende hos brukerne som trenger det, hvilket innebærer prosesser som krever tid (Bae og Waastad, 1992; Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2006).

I Norden er det gjort flere undersøkelser innen psykisk helsevern som jeg mener er overførbare til brukerne med rusmiddelproblemer. Eksempelvis intervjuet Topor (2006) 16 personer med psykiske lidelser, som resulterte i funn som viste til viktige faktorer for bedringsprosessen. Det var håp, egeninnflytelse og etablering av personlige *relasjoner* til andre mennesker, også til sin behandler. Andre undersøkelser fra psykisk helsevern bekrefter at relasjonen er avgjørende, og en forutsetning for det som også kalles ”virksomme relasjoner”. Kjennetegn for disse relasjonene er at helse- og sosialarbeiderne ser noe i brukerne som er tiltalende og som kan være noe som brukerne ikke selv er klar over, at brukerne opplever å bli sett, hørt, respektert og akseptert som individ (Topor, 2006). Slike relasjoner er også preget av at helse- og sosialarbeiderne gjør noe utover det som brukerne forventer, og at de kan oppleve at dette gjøres spesifikt for dem. Dette er blant annet avgjørende for å komme frem til en felles virkelighetsforståelse, med andre ord beskrevet med samarbeid, likeverd og personlig relasjon (Halvorsen, 2008). Det er nærliggende å tenke at virksomme relasjoner har med opplevelse av anerkjennelse å gjøre. En rekke studier innen rusmiddelbehandling viser også til betydningen av relasjonen, slik som Lamberts (1992) velkjente gjennomgang av forskning på den terapeutiske relasjonen. Han understreker at det er ikke nok å fokusere på metoder eller terapeutens bidrag til forholdet, men at oppmerksomheten bør rettes

mot *relasjonen*. Han estimerte at omtrent 40 prosent av endringene hos brukere i psykoterapi skyldtes faktorer utenfor terapien, eksempelvis brukernes egostyrke og motivasjon, alvorlighetsgrad av sykdom og problemer, og sosial støtte. Videre viste hans estimat at 15 prosent av brukernes forbedring kunne tillegges deres håp og forventninger til det å være i terapi og til metodens troverdighet. Bare 15 prosent viste seg å være terapiteknikken, altså spesifikke behandlingsformer. Til slutt viste han til at den terapeutiske relasjonen utgjorde hele 30 prosent slik som empati, aksept, varme og oppmuntring til risikotaking. Dette er funn som støttes i Wampolds (2001) forskning innen psykisk helse, som også konkluderer med at endring er knyttet til relasjonen og det samarbeidet som etableres mellom helse- og sosialarbeiderne og brukerne. Relasjonens kvalitet er vesentlig for brukernes fremtidige endringsprosess, da: ”Relasjon kan forstås som stedet for det etiske og stedet for det terapeutiske, og stedet hvor det som virker og skaper endring, får liv.” (Bøe & Thomassen, 2007, s. 182). Bakke (2005) henviser til at dersom brukerne opplever relasjonen til sin kontaktperson som god, kan dette bidra til at den individuelle planen kan gi en følelse av trygghet og hjelp til å planlegge fremtiden.

Selv om funnene viser til at de fleste av relasjonene mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne kan tolkes som om at de var preget av gjensidig anerkjennelse med rom for brukernes ærlighet, tydet de også på at brukerne til tider mente relasjonen kunne være preget av infantilisering, løgn og konflikt. Utfordringen til helse- og sosialarbeiderne er å evne og bekrefte også disse brukernes prestasjoner og ferdigheter på en måte som gjør at brukerne kan oppleve sin individualitet verdsatt. At de opplever seg møtt på en måte hvor de *ikke* føler seg som barn, eller at de må lyve eller føle seg misforstått. Dette er avgjørende for hvorvidt den individuelle planen baseres på brukernes reelle tjenestebehov eller ikke. Samtidig er det også vesentlig å ta hensyn til brukernes ambivalens for å tørre å være ærlige og interesse for å endre sitt rusmiddelbruk eller ikke.

Til tross for at brukerne problematiserte sine muligheter for selvbestemmelse og frivillighet ved inngåelse av individuell plan, henviser funnene samlet sett til at *de fleste av brukerne* uttrykte at de opplevde en god relasjon til helse- og sosialarbeiderne. Dette

gjaldt særlig de som arbeidet med å få kontroll over sitt rusmiddelbruk og som hadde arbeidet med sin individuelle plan over tid, men også flere av dem som var mer ambivalente til å endre sine rusmiddelvaner og var tidlig i arbeidsprosessen med sin individuelle plan. De dominerende funnene viste til at relasjonene var preget av anerkjennelse og at dette styrket brukerne i et positivt selvforhold.

### **8.3 Medvirkning i utarbeidelse av individuell plan**

I hovedkategorien *Medvirkning i utarbeidelse av individuell plan* presenteres og drøftes funnene først i forhold til hvordan helse- og sosialarbeiderne tilrettela for brukernes medvirkning. Deretter redegjøres og diskuteres hva som preget partenes deltakelse i utviklingsprosessen mot en felles forståelse av brukernes mål og tjenestebehov, relasjonens karakter og brukermedvirkningens konsekvenser for brukernes opplevelse av sin situasjon og den individuelle planen. Til slutt drøftes funnene samlet.

Brukermedvirkning er sentralt i hele planprosessen, men disse funnene er eksplisitt knyttet til *forberedelsesfasen*, punkt 3.1 og 3.2 i internveilederen (2007). Det vil si at disse funnene er hentet fra dialogen mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne knyttet til det å utarbeide hvilke *mål og tiltak* som skal nedfelles i et *utkast* til en individuell plan. Begrepet å *utarbeide* blir benyttet både for *kartlegging* av brukers tjenestebehov og mål for fremtiden, og selve *utformingen* av disse tiltakene og målene i utkastet til en individuell plan, da dette ble gjort samtidig i praksis.

#### **8.3.1 Tilrettelegging for brukernes medvirkning**

I det følgende tar jeg først for meg funn knyttet til *helse- og sosialarbeidernes tilrettelegging* for brukernes medvirkning. I andre og tredje runde mente mange av brukerne at helse- og sosialarbeiderne benyttet seg *kun* av dialog for å finne frem til aktuelle mål og tiltak: ”Hun spurte meg om hvilke mål jeg hadde og hvordan jeg tenkte at jeg ville komme meg ut av disse sosiale greiene, og mer inn i hverdagsliv, og når jeg ikke kom på noe kom hun med forslag som vi diskuterte. Ja, det er bra, så skrev vi det inn.” Andre brukere



opplevde at helse- og sosialarbeiderne i tillegg tok utgangspunkt i *et ark med stikkord* relatert til livsområder som kunne være aktuelle å inkludere i en individuell plan: ”Vi prata om hva jeg ville og sånn, og så fikk jeg et ark med stikkord, så skrev jeg inn mine egne på arket. Etterpå gikk vi igjennom det, da jeg kom tilbake med det.” Enkelte av helse- og sosialarbeiderne valgte mer kreative former. For å kartlegge brukernes mål og behov for tiltak benyttet de seg av en type tankekart som egner seg for å visualisere og strukturere ideer og tanker hierarkisk om et gitt tema (Buzan, 1995). En bruker fortalte med glød om dette: ”Vi var inne på et rom her inne og så var det tavle, så hadde vi kritt, og tegnet opp. Jeg var med på å tegne opp. Så laget vi ramme rundt det, og så tok vi bilde. Så laget hun etterpå en litt finere plan på dataen ut av det bildet. Så sendte hun det til meg.”

Slik viste funnene at helse- og sosialarbeiderne valgte ulike former for å tilrettelegge for brukernes medvirkning, men funnene viste også at helse- og sosialarbeiderne ikke tok utgangspunkt i den tilretteleggingsformen som brukerne var mest komfortabel med. De valgte den formen som de selv var mest fortrolig med. ”Jeg må ta den formen jeg selv finner best. Ja, å skrive på tavle og slikt, det passer ikke for meg.” På det viset var flere av helse- og sosialarbeiderne ensidige i sine egne valg av tilretteleggingsform, men samlet presterte de et variert repertoar. Til tross for at de tok utgangspunkt i seg selv og ikke brukerne i valg av tilretteleggingsform, viste funnene i tredje runde at brukerne opplevde den tilretteleggingsformen de hadde blitt eksponert for som god for at de skulle kunne medvirke i kartlegging av sine mål og behov for tiltak. Dette gjaldt brukere som arbeidet med å endre sitt rusmiddelbruk, men også de som var ambivalente og som til tider kunne komme i konflikt med helse- og sosialarbeiderne. Det ser følgelig ikke ut til at tilretteleggingsformen er avgjørende for brukernes medvirkning. Kobles disse funnene til tidligere presenterte funn under hovedkategori ”Relasjonen mellom bruker og helse- og sosialarbeider”, der brukerne opplevde relasjonen til helse- og sosialarbeiderne som god, er dette funn som er i tråd med Lamberts (1992) studie. Den konkluderte med at en god relasjon er mer betydningsfull enn metoder. Samtidig kan en stille spørsmål ved helse- og sosialarbeidernes holdning til at de valgte den formen som passet dem selv best, uten at de diskuterte med brukerne om dette var en form de følte seg komfortabel med.

Videre viste funnene i andre og tredje runde at helse- og sosialarbeiderne bevisst benyttet seg av sentrale kommunikasjonsferdigheter i gjennomføringen av den valgte tilretteleggingsformen for å fremme brukernes medvirkning. De sa:

”Det handler om måten vi spør på, gir informasjon, kommer med forslag. Hvordan vi forholder oss til den brukeren som sitter foran oss. Det skal være mål og mening med det vi gjør, selv om det er snakk om medbestemmelse og en aktiv klient, må vi prøve å hjelpe personen til å se sine styrker, ressurser, mål og finne deres beste løsninger gjennom spørsmål.”

Brukerne opplevde at de hadde nytte av helse- og sosialarbeidernes bidrag:

”Vi satt jo og diskuterte så hvis jeg ikke kom på noe, så kom hun med et spørsmål, eller et innslag, du kunne gjerne hatt med det og det på planen. Jaha, det var smart. Hun er flink til det der.” Eller: ”Hun fortalte hvordan og hvilke muligheter jeg hadde, så valgte jeg etter det.”

Helse- og sosialarbeidernes spørsmål bidro med informasjon og kunnskap. De kom med forslag basert på sine tidligere erfaringer fra praksis og fagutdanning. På den måten hjalp de brukerne til å se egne styrker og ressurser rettet mot deres egne interesser og livssituasjon og slik sett var tilnærmingen i tråd med føringer i NOU 2005:3 (s. 69) hvor det står: ”Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Dette fremgår av pasientrettighetsloven.”

Her benyttet helse- og sosialarbeiderne seg av sin *viten og innsikt*, som Høiland og Juul (2005) kaller det. Helse- og sosialarbeidernes viten er basert på den kunnskapen som de har fått gjennom utdanning og på arbeidsstedet (Høiland og Juul, 2005). En stor del av deres viten er derfor kontekstavhengig. Innsikt er likestilt med viten, men inneholder en bredere kunnskap knyttet til erfaringer basert på den sosiale, kulturelle og historiske tilhørighet. Innsikt er slik sett også den kunnskap som kan komme fra familie, venner eller kollegaer, men også de rutiner som praktiseres på arbeidsplassen.

Når helse- og sosialarbeiderne benyttet seg av sin viten og innsikt og rettet denne mot brukernes ideer om mål og behov for tjenester, inntok de et brukerperspektiv ut fra sin posisjon som profesjonell. Det er dette som kalles et *faglig brukerperspektiv*, å se den enkelte brukeren og ha brukernes interesser og behov i sentrum (Seim og Slettebø, 2007). Det faglige brukerperspektivet representerer en ovenfra og ned synsvinkel (Hanssen, Humerfelt, Kjellevold, Norheim, og Sommerseth, 2010, s.32). Gjennom dette virkeliggjorde helse- og sosialarbeiderne anbefalinger i merknader til forskriften om individuell plan § 4: ”(...), å få frem tjenestemottakers egne mål for fremtiden” (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007).

Hensikten med helse- og sosialarbeidernes tilrettelegging i dialog, med eller uten stikkord eller mind map, og med sin viten og innsikt er at brukerne skal kunne medvirke med sine beskrivelser av sine tjenestebehov. Dette fokuseres det på i flere offentlige publikasjoner, deriblant i St. meld. nr. 28 hvor det står: (...), og at den enkelte mottakar må kunne medverke med sin kunnskap om behov og moglege løysingar.” (St.meld. nr. 28 (1999-2000) Kapittel 3). Brukernes kunnskap om sine behov og mulige løsninger, i form av egne beskrivelser representerer en kunnskap som Høilund og Juul (2005) kaller for *fortrolighetskunnskap*. For helse- og sosialarbeiderne er fortrolighetskunnskap av vesentlig verdi, fordi det gir helse- og sosialarbeiderne innsyn og kunnskap om brukernes beskrivelser av seg selv, sin livssituasjon og visjoner for fremtiden. Det handler om helse- og sosialarbeidernes mulighet til å ha *tid* til å skape *tillit* i relasjonen og evne til å sette seg inn i brukernes beskrivelser av sitt liv. Høilund og Juul (2005, s.71) skriver at ”Fortrolighetskundskab er en særlig, men fundamental form for viden, som bygger på menneskets evne til at stræde ind i den andens verden og herfra etablere en forståelse af situationen.” På den måten mener de at det ligger en uvurderlig kunnskap om brukerne i fortrolighetskunnskapen, og at det er gjennom denne at det sosiale arbeidet kan bygge på brukernes visjoner om et godt liv. Fortrolighetskunnskap inneholder altså brukernes egen forståelse av sitt liv i fortid; slik det har vært, i nåtid; slik det er nå og i fremtid; slik de ønsker at det skal være. I ”,,OG BEDRE SKAL DET BLI” punkt 6.3 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a), fremheves det at brukernes innsikt i egen sykdom eller livssituasjon er vesentlig, da brukerne kan ha mer detaljkunnskap om sin egen tilstand enn helse- og sosialarbeiderne. Denne kunnskapen er av vesentlig verdi for at den

individuelle planen skal være utarbeidet med utgangspunkt i brukernes faktiske mål og behov for tjenester. Fortrolighetskunnskap kan etter min mening også betegnes som et *brukerperspektiv* (Humerfelt, 2010, s.140), som er brukernes kunnskap om sitt liv basert på sosial, kulturell og historisk tilhørighet. Dette brukerperspektivet representerer en nedenfra- og opp synsvinkel (Hanssen, Hummerfelt, Kjellebold, Norheim, og Sommersteth, 2010, s.32), som er vesentlig for helse- og sosialarbeidernes faglige brukerperspektiv.

Funnene viste at helse- og sosialarbeiderne lyktes med å tilrettelegge for brukernes medvirkning med deres beskrivelser av sin livssituasjon, og hvilke mål og tiltak de mente var aktuelle for nedtegnelse i den individuelle planen. På den måten virkeliggjorde de rettsregelen om brukernes rett til medvirkning. Dette er funn som må sees i sammenheng med studiens hensikt og idé. Jeg kommer tilbake til dette.

### 8.3.2 Intersubjektiv forståelse av mål og tiltak

I begynnelsen av andre runde i datainnsamlingsprosessen var det å utvikle en felles forståelse av hvilke mål og tiltak som skulle nedfelles i den individuelle planen en diskusjon blant helse- og sosialarbeiderne i forhold til brukernes medvirkning. Helse- og sosialarbeiderne opplevde for det meste at brukernes forslag til mål og tiltak var realistiske og temmelig allmenne. De sa: "Stort sett skriver de ned realistiske mål og behov, på lang sikt. De vil ha et normalt liv med jobb, fritid, leilighet, ja." Samtidig hadde de enkelte erfaringer, hvor de vurderte at brukerne fremmet "ville forslag", som de mente var preget av et for høyt ambisjonsnivå eller som lå utenfor hva som kunne innfris eller aksepteres innenfor hjelpeapparatets rammer. Derfor stilte helse- og sosialarbeiderne spørsmål om de burde "styre" enkelte av brukerne i deres definerings av mål og tiltak. Diskusjonen førte til at helse- og sosialarbeiderne bestemte seg for eksplisitt å legge vekt på at *alle målene* som stod i planen måtte være i overensstemmelse med brukers ønsker, selv om helse- og sosialarbeiderne ikke nødvendigvis vurderte dem som realistiske (Jf. Internveilederen, 2007, punkt 3.2). Tvilen skulle komme bruker til gode. I henhold til *tiltak* var utgangspunktet også her å finne frem til en felles forståelse.

Samtidig var det her gitt rom for at helse- og sosialarbeiderne kunne overstyre brukernes ønsker i enkelte tiltak, hvor de enten vurderte dette som faglig uforsvarlig eller utenfor de rettslige eller interne rammene som de arbeidet innenfor. Dette kunne også gjelde i uenighet om gjennomføringen av tiltaket, eksempelvis i vurderinger av hyppigheten i utbetaling av livsopphold. Ved uenighet om tiltaket eller hvordan tiltakene skulle gjennomføres, skulle dette i så fall fremgå av den individuelle planen (Jf. internveileder, 2007, punkt 3.2).

Brukernes selvbestemmelse var allikevel det overordnede prinsipp, både i forhold til mål og tiltak. Tanken var at selv om målene kunne være høytflygende visjoner eller drømmer, så representerte disse brukernes tro på en annen fremtid, men ofte en fremtid som lå langt frem i tid. Helse- og sosialarbeiderne mente at slike fremtidsvisjoner og drømmer hadde en iboende kraft som kunne være motiverende for brukerne: ”Det er viktig å ha noe å strekke seg etter, det er et greit utgangspunkt.” Derfor lot de brukernes drømmer og visjoner stå som hovedmål i den individuelle planen og de benyttet disse som et utgangspunkt for det videre arbeidet. En helse- og sosialarbeider sa det slik:

”Jeg har en som vil bli lege, for meg hørt det ikke helt realistisk ut, men ok. Hva gjør vi da? Hva må vi starte med for å nå målet? Så setter vi opp delmål og tiltak. Det er der det faglige kommer inn, at vi klarer å få det ned på et konkret plan. Hva vi gjør for å begynne på den veien, det er det som må være realiserbart for å gi mestringsfølelse. Så ender de kanskje opp med noen helt annet, men det er kanskje godt nok. Det er viktig at vi ikke tar fra dem ideen.”

På den måten tok helse- og sosialarbeiderne sammen med brukerne utgangspunkt i brukernes drømmer og visjoner, og brøt dem ned i delmål og tiltak som var realiserbare og konkrete. Dette var i tråd med internveilederen, punkt 3.2 (2007) hvor det var presisert at målene skulle være SMARTE. Det innebar at målene måtte være Spesifikke, som ville si at de måtte være konkrete, Målbare slik at en kunne vurdere om målet var nådd eller ikke. Målene skulle også være Attraktive og Aktiverende for den enkelte bruker, og derfor var det vesentlig at målene var den enkelte brukers og ingen andres. Videre var det lagt vekt på at målene skulle være Realistiske, enkle eller ambisiøse, men

oppleves som realistiske for den enkelte bruker. Det var også vektlagt at målene skulle være Tidsavgrensede, en tid for å vurdere om målet var nådd. Til slutt måtte målene være Evaluerbare, mulige å kunne evaluere om endringer hadde skjedd eller ikke.

Å enes om en felles forståelse om SMARTE mål innebar *ikke* nødvendigvis at helse- og sosialarbeiderne var fullstendig enige med brukerne, men at de sammen med brukerne klarte å etablere *en intersubjektiv forståelse* av målene. Høilund og Juul (Høilund og Juul, 2005, s. 53) omtaler dette som det minimale begrep for fellesskap, hvor helse- og sosialarbeiderne må evne å møte brukere som også kan ha svært forskjellige verdier fra hva de selv har:

”Dette minimalbegrep for fælleskap, der ikke fordrer substansiell enighed om værdiene af konkret livsformer, må udelægges som et krav om at komme den anden (borgene) i møde, også når den andens værdier er meget forskellige fra ens egne.” (Høilund og Juul, 2005, s. 53).

Helse- og sosialarbeiderne reflekterte over dette og sin posisjon i møte med brukerne:

”Hvem er jeg til å begrense brukerens ønsker? Det er deres plan og de skal ha fokus, om de har mål som jeg opplever som langt vekk, så ok. Det er viktig med respekt, uansett hva bruker ønsker, om det er at de velger å fortsette å ruse seg, så tar vi utgangspunkt i det.”

Med dette virkeliggjorde de anbefalinger i veileder til forskrift om individuell plan, punkt 6.1: ”Gjennom å bli kjent med og å lytte til personens egen beskrivelse, (...), vil planleggingen kunne ta utgangspunkt i en helhetlig forståelse av livssituasjonen til den personen det planlegges for.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007). De var opptatt av å vise respekt for det minimale begrep for fellesskap om målene. Funnene fra andre og tredje runde bekreftet at de hadde lyktes med å sette brukernes meninger i sentrum. Brukerne opplevde at målene og tiltakene som stod i den individuelle planen stemte overens med sine egne meninger: ”Det står at jeg skal få orden på økonomien, at jeg skal begynne å trene, ja, at jeg skal lage mat. Jo, det er slik jeg mener det skal være, det er ok.

Det står ikke noe i planen som jeg ikke er enig i.” Det gikk igjen i funnene at brukerne mente at utarbeidelsen av mål og tiltak var noe de i fellesskap med helse- og sosialarbeiderne hadde kommet frem til. De mente at de også måtte strekke seg for å imøtekomme helse- og sosialarbeidernes meninger: ”Det er jo ikke bare mine egne meninger, det er jo noe vi snakker om. De har sagt noe og så har jeg tenkt og blitt enig.” Denne formen for gjensidighet er også understreket av Honneth som Høilund og Juul (2005, s. 54) knytter til at: ”(...) der må være tale om gjensidig bestræbelse, (...)” hvor brukerne også må være åpne for helse- og sosialarbeiderne.” Funnene viste at helse- og sosialarbeiderne stilte sin viten og innsikt til rådighet uten at de presset den på brukerne i form av fasitsvar, men som en part i en dialog. Dette er vesentlig for å tilrettelegge for en dialog basert på brukernes selvbestemmelse og medvirkning for å diskutere alternativer og ta et valg (Seim og Slettebø, 2007).

Funnene i tredje runde viste særlig at brukerne og helse- og sosialarbeiderne i de fleste sammenhenger evnet og møtes i en intersubjektiv forståelse om mål og tiltak, hvor brukerne bekreftet at helse- og sosialarbeiderne viste respekt for deres individualitet og autonomi. Denne formen for respekt er vesentlig i solidarisk anerkjennelse, verdsetting av de spesielle egenskaper, deres *annerledeshet* som skiller menneskene fra hverandre (Honneth, 2008a, s. 131). Sennett har valgt å anvende begrepet autonomi, og mener at dette innebærer å akseptere det man ikke forstår hos den andre, og ved å akseptere dette forholder man seg likt til andre som til seg selv:

”Autonomi betyr ikke en forståelsens lighet, men snarere at acceptere hos andre, hvad man ikke forstår hos dem. Dermed behandler man deres autonomis kendsgerning som lige med sin egen. Det at tilstå autonomi gør den svages eller den underforståendes arbejde værdigere” (Sennett, 2003, s. 308).

Dette er etter min mening en litt uvanlig bruk av begrepet autonomi, og man kan spørre seg om ikke begrepet respekt kunne vært brukt. Poenget er allikevel at helse- og sosialarbeiderne evnet å vise respekt for brukernes meninger og til tross for at de kanskje ikke delte brukernes oppfatning om mål, klarte de sammen med brukerne å skape en intersubjektiv forståelse om deres mål og aktuelle tiltak. På den måten viste de

respekt for brukernes autonomi, og dette bidro til å gjøre brukernes meninger verdige. Denne måten å tenke og handle på er etter min vurdering en god helse- og sosialfaglig praksis og en nødvendighet for å klare å iverksette anbefalinger i veileder til forskrift om individuell plan 2007, punkt 8: ”Tjenestetilbudet skal ytes med respekt for mottakerens selvstendighet og integritet.” (Helsedirektoratet, 2007).

For disse brukerne var deres medvirkning både *prosess-* og *resultatorientert*, ved at de medvirket i utviklingsprosessen av mål og tiltak, og deres medvirkning fikk konsekvenser for de konkrete målene som ble nedtegnet i planen. Denne praksis var i tråd med internveilederens (2007, s. 2) definisjon av brukermedvirkning. Den var også i overensstemmelse med veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan (Sosial- og helsedirektoratet, 2006a), hvor det presiseres at det er den rusavhengiges egne mål og formuleringer som skal ligge til grunn for utarbeidelse av individuell plan. Samtidig mener jeg at disse funnene må ses i sammenheng med helse- og sosialarbeidernes og enkelte av brukernes tidvise deltakelse i datainnsamlingsprosessen og studiens fokus på brukermedvirkning. Særlig helse- og sosialarbeiderne ønsket å lykkes med brukermedvirkning, og de gjorde en ekstra innsats som det er grunn til å tro var annerledes enn den de ellers hadde hatt. Dette gjør ikke dataene mindre interessante, for de sier noe om at et styrket fokus på brukermedvirkning kan gi positive resultater. Samtidig er det vesentlig å forstå disse dataene innenfor denne konteksten.

Det var også funn både i andre og tredje runde som tydet på at det og kunne være komplisert å etablere en intersubjektiv forståelse av brukernes mål og tiltak. Det var *ikke* alltid relatert til brukere som møtte rusmiddelpåvirket, eller at de hadde liten kunnskap om individuell plan, men det var alltid i de innledende fasene av arbeidsprosessen med individuell plan. Brukerne kunne innta en passiv holdning, hvor det *ikke* var lett å vite om de *virkelig* var enige i målene og tiltakene: ”Nei, de er greie de. Jeg er ikke vanskelig jeg.” Dette var ofte brukere som sa de ikke ville være til bry. De var vant med at mål og tiltak ble definert for dem og mente at det var best slik. Kanskje ikke for dem selv, men for helse- og sosialarbeiderne. Disse brukerne kunne også oppleve at arbeidsformen som var brukerorientert og hvor de ble spurt om sine meninger, var uvant for dem. De kunne være vant med helse- og sosialarbeidere i hjelpeapparatet som tok styringen. Eller de



var skeptiske til helse- og sosialarbeidernes invitasjon til å medvirke. De stolte ikke på helse- og sosialarbeidernes toleranse for deres faktiske liv, så de stilte med forholdsregler, som omtalt i forrige hovedkategori. Dette kunne også være de tidligere omtalte brukerne, som mente at ikke noe var frivillig når en var ”narkoman”. De stolte ikke på at deres meninger hadde en verdi, og som virkelig var etterspurt. En konsekvens av dette kunne være at det tok lang tid å informere om brukermedvirkning og individuell plan og få en forståelse av dette. Helse- og sosialarbeiderne la vekt på å styrke og/eller motivere brukerne til å delta mer aktivt, og til at de skulle forstå hvorfor deres kunnskap om sine liv var viktig. En annen konsekvens kunne være at helse- og sosialarbeiderne skrev ned mål og tiltak, på bakgrunn av kjennskap til brukerne over lengre tid, og i tro på at dette var i tråd med brukernes meninger.

Å utvikle en felles forståelse av mål og tiltak, kunne også til tider være komplisert i møte med brukere som kom rusmiddelpåvirket, og var ambivalente i forhold til å endre sitt rusmiddelbruk. De ga uttrykk for at deres meninger ikke ble respektert: ”De har satt seg på bakbeina igjen. Jeg sliter jo så ekstremt, med sosial angst og nerver. Jeg har hatt en traumatisk barndom. Ja, jeg har ikke rust meg i 25 år for moro skyld.” Dette var gjerne de samme brukerne som opplevde at de ikke kunne være ærlige om sitt faktiske rusmiddelbruk og som kunne oppleve konflikter i relasjonen som konfliktfylt. De kunne eksempelvis mene at helse- og sosialarbeiderne hadde liten forståelse for at de trengte legemidler foreskrevet av lege. Dette gjaldt også brukerne som mottok LAR behandling, fordi toleransen for ”sidebruk” av denne type medisiner på denne tiden var svært restriktivt i denne delen av landet. Konsekvensene i denne sammenheng, var ikke så ulike som i forhold til brukerne som inntok en passiv holdning. Helse- og sosialarbeiderne brukte mye tid på trygge dem i relasjonen og informere om viktigheten av deres medvirkning. Samtidig kunne de i enkelte tilfeller dominere i definering av brukernes tjenestebehov for at disse skulle være forenlig med rammene som de mente var gyldige og kunne aksepteres av andre i systemet.

Relasjonens betydning og det å bruke tid på å diskutere seg frem til hvilke mål det skal arbeides videre med er kommentert i andre undersøkelser, som vesentlig for å lykkes med individuell plan (Trefjord & Hatling, 2004; Bakke, 2005; Statens kunnskaps- og

utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006b; Bakke, 2007; Thommesen, Normann og Sandvin, 2008; Karoliussen, Andreassen, Gravrok, 2009).

### 8.3.3 Symmetrisk verdsetting og solidarisk anerkjennelse

Funnene i andre og tredje runde viste at de fleste av brukerne anerkjente helse- og sosialarbeidernes viten og innsikt i arbeidet med å finne frem til en intersubjektiv forståelse av mål og tiltak, og helse- og sosialarbeiderne la vekt på å anerkjenne brukernes fortrolighetskunnskap. De deltok med det som var individuelt og særegent for hver av dem og viste til en toleranse overfor den andre og dens kunnskap. Funnene viste med andre ord til en gjensidig *symmetrisk verdsetting*. Honneth (2008a, s 138) definerer dette som: ”Å verdsette hverandre symmetrisk betyr å betrakte hverandre gjensidig i lys av verdier som gjør at de andres ferdigheter og egenskaper kan fremtre som betydningsfulle for den felles praksisen.” Symmetrisk i denne sammenhengen dreier det seg ikke om at verdien av helse- og sosialarbeidernes og brukernes bidrag kan sammenlignes kvantitativt, men om: (...) at ethvert subjekt uten kollektive graderinger for mulighet til å erfare sine egne presentasjoner og ferdigheter som verdifulle for samfunnet” (Honneth, 2008a, s. 138).

I vår vestlige verden er den faglige kunnskapen som i denne sammenhengen referer til helse- og sosialarbeidernes viten og innsikt, tradisjonelt verdsatt høyere enn den rent erfaringsbaserte. I symmetrisk verdsetting er det vesentlig at brukernes fortrolighetskunnskap vektes som likeverdig til helse- og sosialarbeidernes faglige. De to kunnskapsformene er ulike i innhold og således hver for seg unik kunnskap, og sammen har de et potensial til å danne *komplementær kunnskap* (Humerfelt, 2005a, s. 88). De fleste funnene som er redegjort for over viser at brukerne og helse- og sosialarbeiderne evnet å utnytte komplementariteten i hverandres kunnskap. Dette var betinget av at brukerne og helse- og sosialarbeiderne anerkjente hverandres kunnskap og betydningen av den i arbeidet med å utforme aktuelle mål og tiltak i den individuelle planen. Intersubjektiv forståelse handler slik sett om at begge parter må klare å *lytte* til hverandre. Ved å anvende sin komplementære kunnskap for å vurdere målenes og tiltakenes kvalitet, kan de finne frem til det som Høilund og Juul (2005) omtaler som

det minimale begrep for fellesskapet. Betydningen av anerkjennelse av hverandres kunnskap for at målene og tiltakene skulle være i tråd med brukernes ønsker, mener jeg kan tolkes som bekreftet. Dette fordi enkelte funn der brukerne opplevde seg motarbeidet eller der deres fortrolighetskunnskap *ikke* ble møtt med forståelse, der opplevde brukerne *heller ikke* at målene eller tiltakene var i overensstemmelse med deres meninger. Dette viste seg blant annet i et utsagn hvor en bruker hadde følt seg presset til hva som skulle nedfelles som mål og tiltak i hans individuelle plan: ”Det stemmer ikke helt, for her står det at jeg vil søke LAR for eksempel, det er ikke meg som vil det. Det er hun på kompetansesenteret som maser jævlig på det.” Brukernes opplevelse av om det er deres mål eller andres mål som blir nedfelt i den individuelle planen får betydning for den gjensidige anerkjennelsen. Det handler om at når individet opplever seg overstyrt, fratas de også muligheten til å anerkjenne den andre, som er selve forutsetningen for at den andres anerkjennelse skal være av betydning for dem selv. (Honneth, 2008a, s. 47). Og motsatt vil dette si at når de fleste brukerne i tredje runde opplevde at helse- og sosialarbeiderne anerkjente deres fortrolighetskunnskap, forutsatte dette at de selv også anerkjente helse- og sosialarbeiderne og deres viten og innsikt. Brukerne bekreftet dette i utsagn som: ”De er flinke” og ”De kommer med forslag, så snakker vi om det, og er det bra tar vi det inn.” Det var denne symmetriske verdsettingen av hverandres kompetanse som komplementær, som bidro til at brukerne kunne oppleve anerkjennelse og utvikling av en gjensidig solidarisk anerkjennelse.

#### **8.3.4 Håp og forventning om en bedre fremtid**

I de relasjonene som var preget av symmetri og solidarisk anerkjennelse, hvor brukerne og helse- og sosialarbeiderne sammen etablerte en intersubjektiv forståelse av mål og tiltak, er det grunn til å tro at brukerne utviklet *selvverdsetting*. Dette er analogt til begrepet selvrespekt i forhold til rettslig anerkjennelse (Honneth, 2008a, s. 138) og brukerne ga uttrykk for dette ved at de følte seg opprømte. De fikk forventninger og øynet et håp om en bedre tilværelse i fremtiden, hvor deres fortrolighetskunnskap om hva som ville kunne bidra til en bedre fremtid, ville ha betydning. Denne opplevelsen av anerkjennelse ga de uttrykk for at de sjeldent før hadde opplevd. En bruker sa det slik:

”Jeg ble helt på gråten av glede. Jeg har aldri opplevd noen som har spurt hva kan vi gjøre for *deg*. De har alltid bare fortalt meg og bestemt alt for meg før. Følt meg som en dritt, nå var det slik, hva kan du tenke deg, hva vil du? Jeg bare begynte å grine. Jeg er så spent på hva som skjer, jeg gleder meg.”

At helse- og sosialarbeiderne etterspurte brukernes fortrolighetskunnskap var av vesentlig betydning for brukernes opplevelse av seg selv. Ses dette i lys av Honneths anerkjennelsesteori, kan vi tolke det som at gjennom helse- og sosialarbeidernes virkeliggjøring av brukernes rettslige rett til medvirkning, fikk brukerne mulighet til å oppleve den rettslige garanterte autonomien gjennom selv å definere mål og tiltak. Honneth (2008a, s. 185) mener at det er nettopp gjennom den rettslige garanterte autonomien at ”subjekter kan forstå seg selv som en person som kan tre inn i et forhold til seg selv, hvor det gjennom avveininger kan vurdere sine egne ønsker.” Videre tyder funn på at disse brukerne som medvirket fikk styrket sitt selvforhold: ”Ja, det er kult å ha mål som er konstruktive, og å skrive opp mål du vet du klarer. Da får du mestringsfølelse og du får skryt og det er viktig, da får du selvfølelse.”

Det dreier seg om at etableringen av intersubjektiv forståelse av mål og tiltak kan være betingelsen for brukernes selvrealisering: ”Ettersom individene må erfare seg som anerkjent også i sine spesielle ferdigheter og egenskaper for å kunne realisere seg selv, er de avhengig av en sosial verdsetting som bare kan etableres på grunnlag av felles målsettinger” (Honneth, 2008a, s. 130). Eller sagt på en annen måte: ”Sammenhengen mellom anerkjennelseserfaring og selvforhold fremgår av den personlige identitetens intersubjektive struktur (Honneth, 2008a, s. 181). Det var i denne symmetriske prosessen at brukerne kunne oppleve seg som et *individ*, fordi: ”Individene konstitueres som personer utelukkende ved at de gjennom tilslutning eller avvising fra andre lærer å forholde seg til seg selv som vesener med bestemte positive egenskaper og ferdigheter.” (Honneth, 2008a, s. 181). Helse- og sosialarbeidernes inkluderende arbeidsform bidro til en solidarisk anerkjennelse av brukernes individuelle prestasjoner og ferdigheter. Slik utviklet brukerne et selvforhold som var av verdi, og som var *positivt*, da: ”Sosial verdsetting gjør det mulig for subjektene å forholde seg positivt til sine konkrete egenskaper og ferdigheter” (Honneth, 2008a, s. 130).

Brukernes positive selvforhold ga seg blant annet utslag i at de fikk håp om at individuell plan ville kunne bidra til å realisere en fremtid de drømte om. Fremtidshåpet var knyttet til å komme raskere ut av hjelpeapparatet, men de var og innforstått med at det var mye opp til dem selv: ”Jeg tror jeg kommer meg fortere ut av sosialen nå som jeg har individuell plan, men det blir veldig mye opp til meg.” Andre knyttet fremtidshåpet til at helse- og sosialarbeiderne fikk flere opplysninger om dem og ville derfor kunne gi bedre oppfølging:

”Jeg tror planen kanskje vil hjelpe *dere* litt bedre ved at det står en del opplysninger der. Slik kan dere gå litt dypere inn i det, i stedet for andre sosialklienter som bare kommer og leverer fra seg en søknad. Nå har jeg fortalt mer om min livssituasjon, så da har dere flere opplysninger og det er jo bra for meg!”

Andre brukere formulerte det slik: ”Individuell plan hjelper meg å komme videre i livet, hjelper meg å holde meg oppe. Siden målene står skrevet ned så blir jeg mer bevisst på det, synes det er litt greiere”. Eller:

”Det er klart at individuell plan vil hjelpe meg, for du har planlagt livet ditt på et papir og for min egen del. Jeg er ikke flink til å sette grenser selv. Nå har jeg en plan og jeg har tiltaksregler, og i tilfelle det skulle skje noe så vet jeg hva jeg skal gjøre. Hvem jeg skal henvende meg til. Så slik er det en betryggelse kan du si å ha en plan. Jeg tror at enkelte ting i livet trenger vi å planlegge uansett hvor kjedelig det er å planlegge. Det er bra.”

En annen bruker sammenfattet det i et kort og konsist utsagn: ”Individuell plan hjelper meg å holde kontroll på virkeligheten”.

Utsagnene vitner om brukernes positive fremtidshåp. Lingås (2008) mener at brukernes medvirkning i å finne løsninger kan påvirke brukernes motivasjon og følelse av at det nytter å gjøre noe selv og således påvirke sin egen helse og sosiale fungering. Det var en optimisme å spore blant brukerne som ikke hadde vært til stede tidligere i forskningsforløpet.

### 8.3.5 Høy grad av brukermedvirkning og eierforhold

Funnene som er presentert over viste på dominerende vis at brukerne opplevde en samhandling som var preget av symmetri, slik det tidligere er redegjort for. Brukerne sa for eksempel: ”Hun sier hva hun mener og så sier jeg hva jeg mener, så blir vi enige.” Ses disse funnene i sammenheng med ulike grader av medvirkning som er redegjort for under kapittel 2, vil en slik samhandling i følge Arnsteins stige eller undertegnes kontinuum, betegnes som et *partnerskap* (Arnstein, 1969; Humerfelt, 2005a). Et partnerskap er preget av at brukerne har anledning til å samhandle og forhandle om mulige løsninger og medvirke i beslutningsprosessen.

Samtidig mente brukerne at deres meninger som regel ble bestemmende for hvilke mål og tiltak som skulle nedtegnes: ”Det er liksom jeg som bestemmer hele planen. Jeg var med på alt.” eller ”Jeg bestemte det meste selv, for jeg er fullt klar over hvilken hjelp jeg trenger.” Dette samsvarer med anbefalinger både i veileder til forskrift om individuell plan, punkt 6.4. som vektlegger at brukernes mål skal vektlegges (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007) og internveilederens (2007) fokus på brukernes mål som styrende. Brukernes opplevelse av å bli møtt som individer med unike prestasjoner og ferdigheter var verdifulle i prosessen i definering av felles mål og tiltak. Helse- og sosialarbeiderne bekreftet at de vektla brukernes meninger: ”Det handler om at du sammen med dem finner løsninger som er som brukeren ønsker å oppnå.” Dette mener Honneth som ikke har skrevet om individuell plan, men generelt om felles mål, er en betingelse for virkeliggjøring av felles mål: ”Vi kan nemlig bare virkeliggjøre våre felles mål hvis jeg selv aktivt sørger for at den andre personens fremmedartede egenskaper kan få utfolde seg.” (Honneth, 2008a, s.138). Helse- og sosialarbeidernes vektlegging av brukernes meninger om mål og tiltak, gjorde at brukernes medvirkning til tider kan tolkes som *delegert makt* som er en sterkere grad for medvirkning enn partnerskap (Arnstein, 1969; Humerfelt, 2005a). Dette innebærer at brukerne gis mer enn forhandlingsrett over beslutninger, ved at deres meninger tillegges mer tyngde på vektskålen enn helse- og sosialarbeidernes. Begrepet delegert makt henviser til at makten er gitt fra helse- og sosialarbeiderne innenfor et begrenset område, som i denne sammenhengen må anses å

være innenfor aksepterte verdier innen helse- og sosialtjenesten, og ikke noe mer enn det.

Funnene viste at brukernes utvidete beslutningsmakt ikke resulterte i "ville forslag" om mål og tiltak, som helse- og sosialarbeiderne problematiserte i begynnelsen av studien. Dette kan nok også handle om at brukerne hadde mottatt helse- og omsorgstjenester over flere år, og visste godt hvilke rammer de hadde å forholde seg til. Samtidig ga de uttrykk for at de ikke opplevde begrensninger i forhold til sine ønsker eller behov. Denne utvidete medvirkning styrket brukernes opplevelse av individualitet og relasjonens preg av symmetri.

Videre viste funnene at brukerne som opplevde høy grad i medvirkning mente at praktisk deltakelse var viktig, eksempelvis ved å skrive mye av planen selv. Dette førte til at de lettere husket hva som stod i planen og de kunne forklare innholdet i den. De mente at deltakelsen økte deres motivasjon, men det bidro også til at de fikk et *eierforhold* til planen: "Jo mer du selv gjør, jo mer dyrebart blir det for deg og du husker mer av det." Eller: "Jeg skrev alt selv, jo mer en jobber med en ting, jo reddere blir du for å miste det." Dette var funn som var i sterk kontrast til første runde, da den "individuelle planen" var et passivt dokument som de fleste av brukerne ikke visste hvor var, eller hva som stod i den.

Funnene i tredje runde viste også at brukere som opplevde høy grad av medvirkning mente det var viktig at de selv fikk bestemme hvor mange av målene som det skulle arbeides aktivt med: "Du vet når en har rust seg sånn som jeg har i så mange år, da går det ikke så fort oppi her, så da kan du bli ganske stressa hvis du skal jobbe med mange mål samtidig. Det er viktig at en ikke begynner å jobbe med alt med en gang. Ta det litt rolig." Brukerne mente at jo mer de fikk gjennomslag for sine meninger om hva og hvor mange mål det skulle arbeides med, jo mer motiverte ble de, og jo mer eierforhold fikk de til planen.

### 8.3.6 Avrundende drøfting av kategorien ”Medvirkning i utarbeidelse av individuell plan”

Funnene fra hovedkategorien *Medvirkning i utarbeidelse av planen* kan sammenfattes i følgende forhold:

- Både brukerne som aktivt arbeidet med å endre sine rusmiddelvaner og de som var mer ambivalente til dette opplevde og mente at helse- og sosialarbeiderne anvendte sin *viten og innsikt* på en god måte for å tilrettelegge for at de skulle kunne medvirke med sin *fortrolighetskunnskap* i utarbeidelsen av mål og tiltak.
- Både brukerne som aktivt arbeidet med å endre sine rusmiddelvaner og de som var mer ambivalente til dette opplevde og mente at de sammen med helse- og sosialarbeiderne utviklet en *intersubjektiv forståelse* for hvilke mål og tiltak som skulle nedtegnes i den individuelle planen.
- Helse- og sosialarbeiderne opplevde at det var *komplisert å komme frem til en intersubjektiv forståelse* om mål og tiltak overfor *brukere som var lavmælte, passive og eller skeptiske*.
- Brukernes og helse- og sosialarbeidernes gjensidige anerkjennelse av sin komplementære kompetanse bidro til symmetrisk verdsettelse og er en forutsetning for *solidarisk anerkjennelse*.
- Brukernes medvirkning i utarbeidelsen av den individuelle planen førte til et *positivt selvforhold* som ga dem *fremtidshåp*.
- Jo *sterkere grad av medvirkning* og jo *mer deltakelse i planarbeidet og utvelgelse av hvilke mål en skulle arbeide med*, jo *mer eierforhold* fikk brukerne til innholdet i planen og selve planen.

Funnene vitner om at både *rettslig* og *solidarisk* anerkjennelse i relasjonen er vesentlig for *brukernes medvirkning*. Helse- og sosialarbeiderne virkeliggjorde brukernes rett til medvirkning og sin plikt til å tilrettelegge for dette i arbeidet med utkastet til en individuell plan. Som tidligere omtalt er dette rettslig bindende bestemmelser og ved dette synliggjøres og tydeliggjøres myndighetenes *rettslige anerkjennelse* av brukerne



som *moralsk tilregnelige* samfunnsmedlemmer. Rettsliggjøringen er viktig for brukernes medvirkning, da den bidrar til at brukerne kan fremme sine individuelle rettigheter som sosialt aksepterte krav. Dette handler om at rettighetenes offentlige karakter gir individet selvrespekt (Honneth, 2008a, s. 129). Rettigheten gir brukerne muligheten til å handle på en måte som helse- og sosialarbeiderne må ta hensyn til og respondere på. Rettigheten er således: "(...) et symbolsk uttrykksmiddel hvis sosiale virkning stadig kan forsikre subjektet om at det finner allmenn anerkjennelse som moralsk tilregnelig person." (Honneth, 2008a, s. 129). Det vil si at myndighetene, gjennom denne rettsregelen anser brukerne som mennesker som vet forskjell på rett og galt ut fra eksisterende normer i samfunnet. Samtidig som rettsregelen henviser til brukerne som autonome mennesker. Retten til medvirkning dreier seg også om myndighetenes *solidariske anerkjennelse* av brukernes *individualitet*, både *følelsesmessig* og *kognitivt*. Den solidariske anerkjennelsen er vesentlig for brukernes medvirkning, da solidarisk anerkjennelse "(...) åpner opp for ulike verdier og deres hierarkiske orden svekkes til fordel for en horisontal orden, desto sterkere vil den sosiale verdsettingen anta individualiserende trekk og produsere symmetriske relasjoner (Honneth, 2008a, s. 132). Dette viste seg i funnene om brukernes og helse- og sosialarbeidernes bruk av hverandres komplementære kompetanse. Når brukernes fortrolighetskunnskap ble anerkjent av helse- og sosialarbeiderne bidro dette til at brukerne opplevde den som verdifull. Den sosiale verdsettingen av brukernes kunnskap mener Honneth har en følelsesmessig betydning for individets tiltro til at de kan: "(...) frembringe prestasjoner eller inneha ferdigheter som anerkjennes som "verdifulle" av de andre samfunnsmedlemmene" (Honneth, 2008a, s. 138).

Den gjensidige rettslige og solidariske anerkjennelsen gir slik sett brukerne mulighet til å medvirke i prosessen med deres egenart. I forskrift til veileder til individuell plan presiseres dette: "(...) at hensynet til tjenestemottakerens ønsker, synspunkter, ytrings- og trosfrihet skal stå sentralt" (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007). Dette er av betydning, da det er gjennom den rettslige og solidariske anerkjennelsen at brukerne kan utvikle *selvrespekt* og et *positivt selvforhold*, noe som styrker brukerne i deres evne til å medvirke. Brukernes opplevelse av et positivt selvforhold kan relateres til undersøkelsen til Redko, Rapp, Elms, Snyder, Carlson, (2007) som konkluderte med at når brukerne opplevde å ha kontroll over det å sette mål for fremtiden og en positiv

allianse med helse- og sosialarbeiderne bidro dette til at brukerne utviklet *tillit/tiltro* (*trust*), *opplevde selvverdsettelse* (*self-worth*), og *selvtillit* (*self-esteem*).

I relasjonene hvor brukerne opplevde gjensidig anerkjennelse, opplevde også brukerne høy grad av medvirkning og eierforhold til den individuelle planen. Jo sterkere grad av medvirkning, jo sterkere eierforhold fikk brukerne. Den rettslige og solidariske anerkjennelsen bidro til brukernes utvikling av optimisme og ga dem et fremtidsperspektiv.

Disse funnene *kan* ha vært påvirket av helse- og sosialarbeidernes og brukernes deltakelse i studien, hvor det kontinuerlig var rettet et fokus mot brukermedvirkning. Helse og sosialarbeiderne som deltok i studien fikk tilført kompetanse, eksempelvis i forhold til hvordan arbeide brukerorientert. De la seg i selen for å fremme brukernes medvirkning. Det kan være at de følte det som et press å lykkes, da deres deltakelse i studiet fordret at de rapporterte i dialogmøtene og prosjektgruppemøtene hvordan det gikk i praksis. Brukerne kan ha vært påvirket av at de var med i et forskningsprosjekt der de var informert om hensikten. Oppmerksomheten de fikk i form av intervju, og for enkelte av dem kan deltakelsen i dialogmøter og brukerråd også ha påvirket dem til en positiv holdning til medvirkning. I Honneths forståelse kan deltakelsen i studien ha bidratt til at de opplevde seg som viktige personer, som opplevde anerkjennelse av sin individualitet. Til tross for dette mener jeg funnene bekrefter at brukermedvirkning *er mulig* å få til i utarbeidelsen av den individuelle planen, både overfor brukere som arbeider aktivt med å redusere sitt rusmiddelbruk og brukere som er mer ambivalente.

Allikevel skal det ikke unnlates å ta med funnene som tydet på at overfor brukere som møtte ruset og som var ambivalente til om de ville gjøre noe med sin rusmiddelsituasjon var det mer komplisert å etablere en relasjon preget av brukermedvirkning og utvikle en intersubjektiv forståelse av brukernes mål og tiltak. Dette gjaldt også brukere som var passive, lavmælte og skeptiske, men dette kan være påvirket av flere forhold, og jeg kommer tilbake til dette.

## 8.4 Oppfølging av den individuelle planen

I det følgende presenteres og drøftes funnene i hovedkategorien *Oppfølging av den individuelle planen*. Dette er funn knyttet til internveilederens (2007) punkt 3 i *forberedelsesfasen*, hvor det var anbefalt at når utkastet til en individuell plan var klart, skulle helse- og sosialarbeiderne sammen med brukerne innkalle til et ansvarsgruppemøte med alle som var involvert fra andre institusjoner og etater. Hensikten var å avklare og fordele ansvar og oppgaver for å kunne følge brukerne opp med helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassete tjenester. Disse funnene dreier seg også om hvordan brukernes medvirkning ble ivarettatt i denne fasen, men også videre i *handlingsfasen*. Dette handler om hvordan helse- og sosialarbeiderne prioriterte deltakelsen i ansvarsgruppen og hvordan tiltak i den individuelle planen ble fulgt opp, men også om bruk av planen i ansvarsgruppemøtene. Til slutt drøftes disse funnene samlet.

På første ansvarsgruppemøtet sammen med representanter fra andre etater og instanser informerte helse- og sosialarbeiderne om at de deltok i et forskningsarbeid. De sa at det derfor var ønskelig å ha et fokus på den individuelle planen og brukermedvirkning i møtene. Representantene var helse- og sosialarbeidere som ikke hadde vært involvert i forskningsarbeidet og utøvde derfor en praksis som må kunne sies å være upåvirket av dette. For å skille på helse- og sosialarbeiderne fra andre etater og instanser og de som brukerne hadde utarbeidet utkastet til en individuell plan sammen med, har jeg valgt å omtale dem henholdsvis som *eksterne* og *interne* helse- og sosialarbeidere. I situasjoner hvor jeg mener det ikke er grunn til dette skillet, omtales de alle som helse- og sosialarbeidere.

### 8.4.1 Brukernes fortrolighetskunnskap og regelorienterte samarbeidende instanser

Det var de interne helse- og sosialarbeiderne og brukerne som innkalte til det første møtet for å presentere utkastet til den individuelle planen med brukernes ønskede mål og tjenestebehov. Dette er en praksis som også er anbefalt i veileder til forskrift om individuell plan, fordi: "(...) Dette gir mulighet for å ta opp alle spørsmål som gjelder

koordinering av tjenestetilbudet, for å sikre at alle har en felles forståelse av dokumentets innhold.” (Sosiale og helsedirektoratet, 2005b, punkt 6.7; Helsedirektoratet, 2007, punkt 6.7). I dette vektlegges det også at det må tilrettelegges for at brukernes interesser blir ivarettatt.

Funnene i andre runde viste at i *de første* ansvarsgruppemøtene *engasjerte helse- og sosialarbeiderne seg i utkastet* til den individuelle planen. Brukerne refererte til at de fikk skryt for hvordan de anstrengte seg for å nå sine mål. De virket opprømte. Etter hvert i tredje runde opplevde flere og flere av brukerne, men også de interne helse- og sosialarbeiderne at det ble *vanskeligere å komme frem til en intersubjektiv forståelse* om innholdet i planen sammen med de eksterne helse- og sosialarbeiderne. Dette gjaldt særlig når representanter fra LAR var deltakende. Brukerne sa:

”Så sitter vi der og setter mål, så er ikke LAR enige i det, så sier de; vi er ikke enige. Vi synes at du skal begynne å jobbe. Selv om jobb ikke står i planen, så blander de seg inn. Jeg føler jeg har prøvd ut skoler og jobb, jeg får bølger med depresjon, jeg har brukt stoff fra jeg var 13-14 år, det er *det* jeg spør om å få hjelp til, nå i denne omgang.”

Brukerne opplevde at de eksterne helse- og sosialarbeiderne hadde ulik forståelse av hvor mye og hvordan den individuelle planen skulle vektlegges i oppfølgingsarbeidet. De interne helse- og sosialarbeiderne hadde vektlagt brukernes medvirkning og deres brukerperspektiv i utarbeidelsen av utkastet til en individuell plan. I ansvarsgruppene opplevde brukerne at de eksterne helse- og sosialarbeiderne heller prioriterte egne rutiner, regler og programmer. Eksempelvis opplevde brukerne at representantene for LAR var mer opptatt av å få brukerne i arbeid etter et *forutbestemt tidsforløp*, enn etter hva som passet den enkelte bruker:

”Det står i min plan at jeg må ta det i mitt tempo, men det er ikke LAR enige i for de mener vi må gjøre det med en gang. De tror narkomani er som å knekke armen, den er frisk når du har fått leget armen, det tar så, så lang tid. Men slik er det ikke med oss. De tror at når du har gått på subutex i et år, så bør du være klar for jobb, selv om du aldri har jobbet før i ditt liv skal du klare det fint, for jobb er noe som alle klarer.”

Brukerne tolket helse- og sosialarbeidernes ulike forståelse og enkeltes nedprioritering av innholdet i den individuelle planen, som om at den individuelle planen ikke ble tatt alvorlig:

”Planen blir ikke tatt seriøst. Det var jo det den skulle, for hovedgrunnen for at det skulle være så flott for oss å få den planen, var at alt skulle bli nedfelt, våre mål og tiltak. Det har jo ikke noe å si at det er nedfelt, hvis de andre etatene ikke tar det alvorlig. Hvis de tenker at; ja det er fint at du skrev det, ja fin tilbakemelding til deg, men planen driter vi i, for vi arbeider i vårt tempo uansett og hvis du ikke er enige i det, så blir vi ikke med på delmålene dine.”

Når innholdet i den individuelle planen ikke ble tatt alvorlig, fikk dette konsekvenser for hvordan brukerne opplevde at deres fortrolighetskunnskap ble ivaretatt. I relasjonen til representantene for LAR opplevde de at deres fortrolighetskunnskap hadde liten verdi, og at den ble tilsidesatt. Dette var problematisk for brukerne, da fortrolighetskunnskapen inneholdt sårbare opplysninger, som hadde tatt dem lang tid å tørre å åpne opp for. De hadde utfordret seg selv til å være ærlige, for at planen skulle samsvare med deres reelle behov for tiltak. Dette hadde de i tidligere faser i arbeidsprosessen mottatt anerkjennelse for, noe som hadde bidratt til utvikling av deres positive selvforståelse.

I ansvarsgruppene opplevde de at deres ærlighet, blant annet om medikamentbruk kunne føre til sanksjoner: ”Ja, så sa jeg at jeg knasket beroligende, ikke så mye, men jeg har sosial angst, tenkte det var ok å være ærlig om dette, men nei. Da truet de med at jeg ble kastet ut av programmet.” I LAR-sammenheng ble brukernes medikamentbruk regnet som et ulovlig side-rusmiddelbruk. De forholdt seg til brukerne som en gruppe som skulle følge et *program*, og ikke brukernes eventuelle gode begrunnelse for dette. Derfor ble brukernes ærlighet brukt mot dem, i stedet for at opplysningene ble sett på som viktige i forhold til hvilke tjenester den enkelte bruker kunne ha behov for. LAR-representantenes programorienterte deltakelse bidro til at de interne helse- og sosialarbeiderne ble usikre på hva som skulle sies og til hvem. Hva skulle de råde brukerne til, skulle de råde dem til å være ærlig eller til å unnlate å fortelle om deler av

sin livssituasjon? Deres usikkerhet viste seg også i ansvarsgruppemøtene når LAR-representantene var til stede, da ble de også usikre på hvor de skulle plassere sin lojalitet:

”Brukerne kan ikke fortelle det, for hvis de forteller om rusbruken, får de så, så lang tid på å kvitte seg med det eller så blir de skrevet rett ut. Ja, men for oss er dette også vanskelig, for hvem skal vi støtte? Brukerne eller LAR? Støtter vi opp om LAR sine regler, så blir brukerne sure, og omvendt. Så det er vanskelig.”

Deres usikre holdning til hvor de skulle plassere sin lojalitet, til systemet eller til brukerne, bidro til at den solidariske anerkjennelsen brukerne tidligere hadde opplevd for sin individualitet, ikke lenger var garantert i ansvarsgruppen.

Brukerne hadde anstrengt seg for å være ærlige, men deres møte med ansvarsgruppen tilsa at det ikke lenger var noen vits i: ”Det nytter ikke å legge sjela di i det, og være ærlig, og det har jeg virkelig prøvd å få til.” De opplevde at deres fortrolighetskunnskap hadde liten verdi i møtet med de eksterne helse- og sosialarbeiderne. De mente LAR blant annet var mer opptatt av kontroll og straff: ”LAR er inne og straffer og kontrollerer, mens jeg føler at når en er i rehabilitering skal en ikke straffe folk, for var det ikke den individuelle planen vi skulle styre etter?” Overfor brukerne forsvarte LAR-representantene sine handlinger med: ”Når du går inn i LAR, må du godta premissene. Det er som når du går til en kirurg, så bestemmer du ikke hvilken kniv han skal bruke.” Påstanden er vanskelig å finne begrunnelse for i datidens rundskriv for legemiddelassistert rehabilitering (Sosial- og helsedepartementet, 2001; Helsedepartementet, 2003), men må tolkes som representativt for hvordan representantene fra LAR forholdt seg til brukerne i ansvarsgruppene.

Den mangelfulle brukerorienterte holdningen resulterte i at brukerne ikke lenger var garanterte en solidarisk anerkjennelse, dermed ble også *brukernes ervervede positive selyforhold truet*. Dette bidro i mange sammenhenger til at *brukerne opplevde tap av sitt positive selyforhold*. Anstrengelsene de hadde nedlagt i beskrivelsen av sine liv og som

hadde gitt dem et fremtidshåp, opplevde de ble møtt med mistillit av enkelte i ansvarsgruppen:

”Jeg har inntrykk av at hun på LAR tror jeg hele dagen går rundt fjern og rusa, så det ble en skikkelig krangel, så sa hun; Ok, vi kan bare kutte deg ut her, nå hvis du vil. Behandlingen med LAR altså. Så da satte jeg meg ned, og talte til ti. Jeg hadde lyst til å gå for jeg var så fortvilet og sa ok, dere får bare si hopp da, så får jeg spørre om hvor høyt jeg skal hoppe. Veldig fortvilende.”

Ansvarsgruppene ble for mange av brukerne preget av *ringeakt* for deres *individualitet*. Dette skjedde gjennom den manglende interessen for å sette brukernes fortrolighetskunnskap i sentrum. Det kan anses som en krenkelse av den innsatsen mange av brukerne hadde lagt ned i utkastet til den individuelle planen, ved å tørre å være ærlige, og stå frem med det. Krenkelsen viste seg også ved de interne helse- og sosialarbeidernes manglende lojalitet. De kjempet ikke for å opprettholde garantien av den solidariske anerkjennelsen som de tidligere hadde bidratt med. Brukernes reaksjon på krenkelsene viste seg ved at deres optimisme og fremtidshåp ble erstattet med frustrasjon og sinne, som er typiske kjennetegn på krenkelse (Høilund og Juul, 2005).

#### 8.4.2 Ansvarsgrupper med manglende møtedeltakelse

I ansvarsgruppemøtene opplevde brukerne og de interne helse- og sosialarbeiderne at enkelte av de eksterne helse- og sosialarbeiderne *ikke prioriterte å delta*. Det gjaldt særlig LAR- representantene og legene som enten ikke stilte eller kun deltok kort på møtene. Brukerne sa:

”På det første ansvarsgruppemøte gikk vi gjennom planen jeg hadde skrevet, og så sa alle (informanten klapper i hendene) å så flott og bra, så imponert vi er, men på neste møte kom veldig få, eller de kom seint, og noen gikk tidlig. På neste der igjen var det, det samme.”

De eksterne helse- og sosialarbeidernes lave prioritering i å delta på ansvarsgruppemøtene var gjentakende og flere av brukerne opplevde det samme: ”På de siste ansvarsgruppemøtene har hun (en av de eksterne helse- og sosialarbeiderne) kun vært på to

stykker, hun er så opptatt. Det stopper opp hele planen.” Brukerne mente at den manglende deltakelsen fikk følger for kontinuiteten i oppfølgingen og stilte derfor spørsmål om meningen med en individuell plan: ”For er det sånn som det er nå, slik som med etater som alltid har det så travelt, da er det lett for dem å si jeg må gå 10 minutter før. Det har skjedd mange ganger, og da blir det; hva skal jeg med en individuell plan?”

Plikten til å samarbeide er nedfelt i en rekke lover. For helsetjenesten var dette under datainnsamlingen kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1I. For sosialtjenesten var plikten presisert i sosialtjenesteloven § 4-3. Bestemmelsene *påla* virksomhetene ved sin ledelse et ansvar for at tjenestepersonell innen helse- og sosialtjenesten samarbeider med andre tjenesteytere for å bidra til et helhetlig, koordinerte og individuelt tilpasset tilbud (Kjellebold, 2009, s.40). Dette er videre utdypet i forskrift til individuell plan (Sosial- og helsedirektoratet 2005b; Helsedirektoratet, 2007) § 6 hvor det står: ”Har tjenestemottaker behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetak samarbeide med disse”. Omtrent samme ordlyd er brukt i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) til den nye helse- og omsorgsloven. Lovtekstens ”skal” presiserer virksomhetenes plikt til *samarbeid*. Når enkelte parter ikke prioriterer å delta i samarbeidet mener jeg at dette bør vurderes som brudd på deres rettslige plikt til å samarbeide, da samarbeid i et ansvarsgruppemøte fordrer deltakelse.

De eksterne helse- og sosialarbeidernes manglende deltakelse var en form for ringeakt innenfor den rettslige sfæren. Krenkelsen bestod i at den universelle rettsbestemmelsen om ”plikt til å samarbeide” ikke ble gjeldende overfor den enkelte bruker. Dermed ble rettsbestemmelsen kun en formel regel. Det å oppleve at en allmenn rettsregel ikke er gyldig for alle, er i følge Honneth (2008a) en type krenkelse som kan få negative konsekvenser for individets opplevelse av *selvrespekt*.

Samtidig må de eksterne helse- og sosialarbeidernes fravær eller delvis fravær i ansvarsgruppene også anses som en krenkelse av brukernes ervervede solidariske



anerkjennelsesforhold. Honneth (2008a) mener at dette kan være en trussel mot, eller frata individet sitt ervervede positive selvforhold.

### 8.4.3 Helse- og sosialarbeidernes forpliktelse og manglende oppfølging av tiltak

Funnene fra andre runde viste at brukerne som hadde hatt individuell plan i forholdsvis kort tid, opplevde at *tiltakene* ble fulgt opp: ”De er flinke, frem til nå har det gått bra, frem til nå føler jeg det går rette veien.” Disse funnene var i kontrast til funnene i tredje runde i handlingsfasen med de brukerne som hadde hatt individuell plan over tid. Brukerne opplevde at flere av tiltakene som stod i planen ikke ble fulgt opp. De mente at mye var opp til dem selv, men også at de hadde kalkulert med å få den hjelpen som de var blitt forespeilet:

”Men så er det også viktig at det blir overholdt, eller at det skjer det som står i planen, og det er selvfølgelig avhengig av meg og LAR, sosialkontoret og eventuelt legen da. For når en sitter sånn og planlegger så regner en med, jeg som er den personen som skal bli hjulpen, at jeg får den hjelpen.”

Individuell plan gir ikke brukerne en juridisk *rett* til tjenester, men forskriften om individuell plan § 8 pålegger helse- og sosialarbeiderne et *ansvar for at de planlagte tiltakene gjennomføres*. Helse- og sosialarbeidernes manglende oppfølging av tiltak dreide seg særlig om to forhold. For det første at *de ikke fulgte opp gjøremål som var avtalt*:

”Det har vært litt vranglås, for siste gang vi hadde et sånt møte, så skulle hun ha gjort det for meg, og da vi kom på neste møte, så hadde hun glemte det. Hun hadde ikke skrevet det ned, men jeg hadde skrevet ned det hun skulle gjøre for meg, for jeg har opplevd dette før også. Jeg fikk jo følelsen av at følger de ikke med? Jeg er jo blitt innprentet at dette gjelder mitt liv, min fremtid, og når det da ikke er blitt gjort på flere måneder.”

Dette var en bruker som hadde ”orden i papirene” sine og som med stort engasjement hadde arbeidet med sin individuelle plan, som i oppfølgingen opplevde at forventningene til gjennomføring av tiltak ikke ble innfridd.

For det andre dreide manglende oppfølging av den individuelle planen seg om at *helse- og sosialarbeiderne ikke fulgte opp med offentlige tjenester, der hvor det viste seg at det private nettverket kom til kort*. En bruker ville ta opp svømming igjen, men mente at han trengte noen til å være med de første gangene i svømmehallen, inntil han var blitt vant med å være der:

”De sier, har du ikke en venn som kan være med deg, men mine venner som jeg har nevnt det for, er ikke seriøse nok, så jeg har ikke funnet noen. Så har jeg spurt om ikke noen av de (helse- og sosialarbeiderne) kan være med, men nei.”

Utsagnet vitner om en mangel på virkeliggjøring av ansvaret som helse- og sosialarbeiderne har til å følge opp tiltak. De unnlot å bidra med offentlig støtte, til tross for at det i denne kommunen eksisterte miljøarbeidertjeneste til brukere med rusmiddelproblemer. Helse- og sosialarbeidernes ansvar for å gjennomføre tiltak er omtalt i merknader til forskriften om individuell plan § 8: ”Den tjenesteyter/etat som har ansvar for tjenesten, har ansvaret for at de planlagte tiltak gjennomføres.” (Sosial og helsedirektoratet, 2005b, Helsedirektoratet, 2007).

Mangelen på ivaretagelse av ansvaret for å gjennomføre og følge opp tiltak førte til at brukerne også i denne sammenheng opplevde at rettsbestemmelsen ikke var gyldig for dem. Også her vil den tilfeldige oppfølgingen av rettsbestemmelsen ha negative konsekvenser for individets opplevelse av *selvrespekt* (Honneth, 2008a).

#### **8.4.4 Ventetidens usikre tidsramme**

Brukerne opplevde også en uforutsigbarhet i forhold til *når de kunne forvente* at tiltakene fra det offentlige ville bli iverksatt. Dette hadde med flere forhold å gjøre. For det første viste funnene både i andre og tredje runde at hvert enkelt *delmål og tiltak i*

*den individuelle planen ofte ikke var spesifisert med en konkret tid for når en kunne forvente måloppnåelse eller iverksetting av tiltak.* I de tilfellene en hadde en tidsramme var denne som regel i et langsiktig perspektiv i forhold til overordnede mål og uten at delmål og tiltak underveis var angitt med tid for oppnåelse eller iverksetting:

”Hvis jeg har reine urinprøver etter seks måneder skal vi snakke med NAV og få de med i ansvarsgruppe og søke på attføring. Etter reine prøver et år, da snakker vi om bilsertifikat, og kontakt med barna, og der jeg har jobba før, og etter to år er målet fast arbeid.”

Brukernes individuelle planer inneholdt slik sett lite skriftliggjorte tidsrammer for konkrete tiltak og delmål som de kunne arbeidet med i hverdagen og som kunne støttet opp om fremdriften mot de langsiktige overordnede målene. Dette opplevde brukerne som å henge litt ”i løse lufta”: ”Å ta urinprøver hver dag er neppe det som kan fylle dagen og holde deg motivert for at en gang i fremtida skal noe skje.” I internveilederen punkt 3.4 (2007) var tidfesting anbefalt for å skape forutsigbarhet, nettopp for å sikre fremdriften, noe som også ble anbefalt av myndighetene (Helsedirektoratet, 2008b). Eksempelvis kunne det stått en tidsramme for iverksetting av hvert enkelt tiltak, som kunne bidra til å nå delmål i prosessen mot å nå hovedmålene. Dette er viktig med tanke på at brukere med rusmiddelproblemer kan ha problemer med å forholde seg til fremtidige gevinster (Bretteville-Jensen, 1999; Takahashi, 2005).

For det andre opplevde brukerne uforutsigbarhet i forhold til at *iverksetting av tiltak ofte tok lengre tid enn brukerne var forespeilet.* Dette gjaldt særlig tjenester fra andre etater eller instanser som ikke var representert i ansvarsgruppen. En bruker som søkte bolig problematiserte at når han ikke fikk bolig til den tiden han var blitt fortalt, og heller ikke visste i hvilket område i byen han ville få dette tildelt, fikk dette ringvirkninger for andre tiltak som han hadde tenkt å sette i gang:

”Jeg fikk jo vite at jeg skulle få leilighet for et par måneder siden, men det fikk jeg jo ikke. Jeg vet jo ikke hvor heller, så derfor kan jeg ikke planlegge hvor jeg skal begynne

med en hobby eller trene for eksempel. Jeg har jo ikke råd til å bo et sted og trene et annet sted, så nå sitter jeg bare her og venter og venter, kan jo ikke gjøre noe.”

Utsagnene tydeliggjør hvordan tiltak med løse tidsrammer som ikke iverksettes til angitt tid skapte en uforutsigbarhet som bidro til at brukernes prosess stagnerte. En tilsvarende situasjon opplevde en annen bruker. Han refererte til at han ikke kom inn til psykiatrisk behandling til forventet tid: ”Jeg har jo ventet å komme inn på psyk for lenge siden. De sa seinst i september, så jeg var innstilt på det. Så skjedde ikke det. Nå er vi i midten av november, så motivasjonen min har jo sunket litt.”

De to siste utsagnene refererte til tjenester som krever et vedtak. Funnene sammenfaller med Helsetilsynets rapport (2005) som viser at aktuelle tjenester som blant annet praktisk bistand til brukere med omfattende rusmiddelproblemer sviktet i rettsikringen. Eksempelvis ble det ikke vurdert alternative tiltak til allerede innvilgete tjenester som ikke ble iverksatt (Helsetilsynet, 2005).

De interne helse- og sosialarbeiderne bekreftet at ventetiden kunne bli lang for brukerne. De så at dette var negativt for brukerne, men de mente det var lite de kunne gjøre med situasjonen. I veileder til forskrift om individuell plan punkt 6.7 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007) presiseres at tiltak bør komme til rett tid: ”De ulike tjenestene må koordineres på en slik måte at tilbudet henger sammen og oppleves som et helhetlig tilbud. Det er av avgjørende betydning at detaljene kommer på plass, og at personen får relevante tiltak til rett tid.”

Brukeren opplevde ventetiden utmattende og frustrerende når tjenestene enten ikke ble iverksatt, uteble eller utsatt på ubestemt tid. Uforutsigbarheten skapte usikkerhet i forhold til deres forventninger om gjennomføring av tiltakene, og fikk konsekvenser for andre tiltak som de hadde lyst til å iverksette. Ventetidens usikre tidsramme representerer krenkelser som også fikk negative konsekvenser for deres ervervede positive selvforhold.

### 8.4.5 Et dokument til besvær i ansvarsgruppemøtene

I internveilederen (2007), punkt 4.2 var det anbefalt at den individuelle planen ble benyttet som dagsorden på ansvarsgruppemøtene. Dette var et ledd i å gjøre den individuelle planen *levende*, ikke bare et dokument som ble lagt i en skuff og som ingen forholdt seg til, slik som funnene i første runde hadde vist. Helse- og sosialarbeiderne og brukerne var enige i at det var en god idé og anvende planen som *dagsorden*.

De *få* brukerne som opplevde at planen ble benyttet som dagsorden i ansvarsgruppemøtene fikk skryt når de klarte å innfri de nedtegnete målene: ”Det er så kjekt for vi følger planen, ja så får jeg jo mye skryt på ansvarsgruppen, for jeg nærmer meg de fleste av mine mål.” De opplevde at deres fortrolighetskunnskap fikk oppmerksomhet, og at bruk av planen som dagsorden ga dem bedre oversikt over hvem som kunne hjelpe dem med hva. ”Vi har brukt planen på møtene. Jeg synes det er en ganske grei måte å gjøre det på, det har hjulpet meg, kan du si, jeg har litt bedre oversikt da – over hvem som gjør hva.” Bruk av den individuelle planen førte til et mer systematisk arbeid: ”Sånn som vi sitter på møter vanligvis, så glipper ting fort til neste møte så glemmer vi ut en ting, men så lenge vi har planen med, så er det jo nedskrevet og da ligger det jo der. Ja det blir litt sånn at vi konsentrerer oss om en ting om gangen.” De interne helse- og sosialarbeiderne bekreftet at bruk av den individuelle planen som dagsorden førte til mer systematisk arbeid. En annen grunn til at brukerne mente det var en god idé å benytte planen på møtene var for å sikre at de eksterne helse- og sosialarbeiderne leste den, da de hadde erfaring med at dette ikke ble gjort. ”Ja, det er bra å bruke planen, absolutt, for å minne dem på den, for jeg tror ikke LAR har lest den, vel kanskje i begynnelsen, men ikke sett på den siden.”

Det var særlig LAR- representantene og legene som viste liten interesse for den individuelle planen og eventuelt å benytte den aktivt i møtene. Dette ble særlig tydelig når den interne helse- og sosialarbeideren ikke var til stede:

”Vi bruker ikke planen hvis ikke hun (den interne helse- og sosialarbeideren) er til stede, for da sier de andre for eksempel at i dag skal vi ikke se på planen, for det har jo ikke skjedd noe nytt og jeg har dårlig tid, så jeg må gå 20 minutter før. Så vi bruker ikke

planen. Men hun (den interne helse- og sosialarbeideren) er så flink til å følge planen, vi går fra punkt til punkt. ”

Brukerne opplevde at det ble meningsløst å ha en individuell plan, hvis den ikke ble brukt på møtene: ”Det må være mer orden på det, hvis ikke blir planen bare lagt vekk. Hvis den bare ligger der, ja at den ikke brukes, da er det ikke noe vits i, det er min erfaring med den.” Flere av de eksterne helse- og sosialarbeiderne uttrykte at bruk av individuell plan og å følge den opp i møter ville være for tidkrevende.

De interne helse- og sosialarbeiderne opplevde det også som komplisert å ”presse” igjennom at den individuelle planen skulle benyttes som et aktivt dokument i ansvarsgruppemøtene, når *helse- og sosialarbeidere fra andre etater ledet møtene*. Dette til tross for at de hadde redegjort for at dette var ønskelig i forhold til den pågående studien. Særlig var dette problematisk når legene tok på seg møtelederrollen: ”Det er komplisert når legene leder møtene, for de vil bare fare igjennom litt fort, og har mest fokus på det medisinske. Jeg synes det er vanskelig å skjære igjennom da, og si: Hei, vi skal bruke planen i disse møtene.”

Det å anvende den individuelle planen som dagsorden er ikke noe som er anbefalt eller påkrevd i veileder til forskriften om individuell plan. Allikevel ble dette vurdert av de interne helse- og sosialarbeiderne og brukerne som en løsning for å skape en *levende* individuell plan (Internveileder, 2007), for å forhindre at planen ble et dødt dokument som verken brukerne eller helse- og sosialarbeiderne forholdt seg til.

Funnene viste at i de få tilfellene hvor den individuelle planen aktivt ble benyttet i ansvarsgruppemøtene, bidro dette til at brukerne, så vel som alle de andre som deltok i ansvarsgruppemøtene fikk et aktivt forhold til planen. Aktiv bruk av den individuelle planen ga dem bedre oversikt over hvem som gjorde hva, økt bevissthet om mål og tiltak, og mer systematisk arbeid. Dette bekreftes også i Hansens undersøkelse (2007, s. 176). Sagt på en annen måte viste funnene at når planen ble brukt på møtene førte dette til en gjensidig prosess som bidro til utvikling av en intersubjektiv forståelse av brukernes mål og tiltak.

Samtidig viste funnene at særlig LAR- representantene og legene tilla individuell plan liten betydning, noe som bidro til at brukerne opplevde planen som meningsløs. Deres manglende interesse for å benytte planen i møtene, var nok en krenkelse av brukernes positive selvforhold som de hadde ervervet gjennom utarbeidelsen av utkastet til sin individuelle plan.

#### 8.4.6 En tilfeldig oppdatering

I veileder til forskrift om individuell plan punkt 6.8 (Sosial- og helsedirektoratet 2005b; Helsedirektoratet, 2007) står det at fastsetting av mål og virkemidler i individuell plan er en dynamisk prosess, og det presiseres i samme punkt at: ”Det bør ved avtalte tidspunkt gjøres en større justering og evaluering av tjenestetilbudet og plandokumentet.”

Funnene i andre og tredje runde viste ikke store endringer i forhold til justering og evaluering av de individuelle planene, i forhold til første runde. Enkelte av brukerne refererte til dem selv som aktive i justeringen og evalueringen: ”Det er jo jeg som bestemmer hva som skal endres. Vi har jo diskutert litt frem og tilbake, det skal stå på vent, og det haster mer enn det andre. Ja, så det er jeg som har bestemt det. Vi gjør jo endringene i lag, men det er jo mitt liv.” Utsagnet vitner om en justering som skjedde når brukerne selv mente at det passet, men i samarbeid med de interne helse- og sosialarbeiderne. Brukerne opplevde dette som en utviklingsprosess:

”Ja vi har fylt på etter hvert, sånn som på møter, vi kan jo bare se her (peker på sin individuelle plan); skaffe meg leilighet, nå har jeg fått det, så nå kan vi stryke det, nå kan vi gå videre, så nå kan jeg få ungene inn i livet. Ja, planen viser utviklingen hele veien. Det er jo sånn det burde være.”

Samtidig viste funnene at flere av brukerne opplevde at justeringene ble gjort av de interne helse- og sosialarbeiderne, uten at de selv visste hva som var endret. Enkelte av brukerne var usikre på om planen var endret i forhold til deres livssituasjon: ”Har jeg endret den noen gang? Den er vel helt lik. Jeg har ikke vært inne på den etterpå. Det eneste jeg har gjort er å krysse ut et par ting.” Slik var brukernes medvirkning svært varierende i

justering og evaluering av planen, men uten tvil hadde de som medvirket et nærmere forhold til sin individuelle plan. Dette vil ikke si at brukerne som ikke medvirket, ikke mente at planene burde justeres og evalueres. Tvert imot, mente flere av dem at dette var svært viktig. En bruker sa det på denne måten: ”Nei, individuell plan er sånn som datamaskiner, den blir fort gammel (latter).”

De interne helse- og sosialarbeiderne bekreftet at de ikke systematisk justerte eller evaluerte planen. Dette ble diskutert mye underveis i forskningsprosessen, og de henviste til at det i datasystemet deres kunne angis dato for evaluering: ”Det står i malen for individuell plan et punkt for når den skal evalueres, så hvis en skriver inn datoen for evalueringen, så forplikter det.” Til tross for kontorets programvare, viste funnene at de ikke gjennomførte systematiske evalueringer. De mente at dette var et arbeid som de ofte ikke hadde tid til å prioritere.

Det var og andre grunner til at den individuelle planen ble liggende uoppdatert, og det var ved fengsels- og institusjonsopphold. De interne helse- og sosialarbeiderne prioriterte ikke disse brukerne. I sin travle hverdag tenkte de: ”Nå er det andre som tar over.” De fikk heller ikke beskjed om hvor brukerne befant seg, eksempelvis om de sonet i fengsel eller hadde fått plass i behandlingsinstitusjon. Kommunen hadde ingen rutiner for at helse- og sosialarbeiderne fikk slike beskjeder. Det eksisterte heller ingen rutiner i kommunen for å prøve å få kontakt med brukerne som uteble fra avtaler over tid, det var opp til den enkelte helse- og sosialarbeider. I alle tilfellene ble planene inaktive og foreldet. Den manglende oversikten har også Helsetilsynet kommentert, som er redegjort for i opptrappingsplan for rusfeltet, hvor det står:

”Overgangen fra behandlingsinstitusjon og fengsel til kommunale tjenester er en kritisk periode. Helsetilsynet påpeker at kommunene ofte mangler oversikt over hvem som oppholder seg i institusjon, særlig i private institusjoner. Hjelpetiltak kan være satt i gang uten at ansvarlige myndighet er involvert.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 55).

Den reelle praksis viste seg å være lite i tråd med anbefalinger i forskrift til individuell plan, § 7 og punkt 6.8 (Sosial - og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007).



Der anbefales det som tidligere beskrevet at den individuelle planen kontinuerlig justeres for å være i takt med brukernes livssituasjon, og at planen gjennomgår en større evaluering på et avtalt tidspunkt. Shulman (2003) presiserer viktigheten av at kontraktarbeid er en kontinuerlig prosess, hvor brukernes behov og tjenestetilbudet vil utvikles og forandres over tid. Derfor er det problematisk med manglende justering og evaluering, da planene blir uten sammenheng med livet til brukerne, og deres skiftende ønsker for mål og behov for tiltak. Dette kan få konsekvenser for hvorvidt planen er individuelt tilpasset brukernes reelle situasjon.

#### **8.4.7 Avrundende drøfting av kategorien Oppfølging av individuell plan**

Oppsummert kan funnene kort formuleres som:

- I ansvarsgruppene var det komplisert å utvikle en felles forståelse av individuell plan som styringsredskap for mål og tiltak, særlig gjaldt dette med eksterne helse- og sosialarbeidere fra instanser og etater med fokus på programmer og regler. Representanter fra LAR og leger forholdt seg lite til innholdet og verdigrunnlaget i individuell plan.
- Den manglende felles forståelsen av individuell plan
  - fikk konsekvenser for brukernes mulighet for medvirkning og de opplevde dette som en krenkelse av deres fortrolighetskunnskap.
  - påvirket brukernes håp og forventinger om en bedre fremtid i negativ retning.
- Brukerne opplevde de eksterne helse- og sosialarbeidernes manglende deltakelse i ansvarsgruppemøtene som krenkende, en opplevelse av at de ikke ble prioritert.
- Tiltak som stod i planen ble ikke fulgt opp
  - enten ved at helse- og sosialarbeiderne ikke fullførte oppgaver og ansvar de var blitt enige om i ansvarsgruppen,

- eller ved at tiltak som var planlagt med støtte av privatnettverk, men som ikke lyktes, ikke ble videre fulgt opp med støtte av kommunens miljøarbeidertjeneste.
- Kortsiktige delmål og tiltak var ofte ikke spesifisert med en konkret tid for når brukerne kunne forvente måloppnåelse eller gjennomførte tiltak.
- Iverksetting av tiltak fra eksterne etater og instanser tok ofte lengre tid enn brukerne var forespeilet, noe som resulterte i stillstand for enkelte brukere.
- Planen ble ikke aktivt benyttet på ansvarsgruppemøtene, men når den ble brukt som dagsorden, opplevde brukerne bedre oversikt over hjelpeapparatet, alle involverte parter fikk økt bevissthet om mål og tiltak, og arbeidet ble mer systematisk.
- De interne helse- og sosialarbeiderne synes det var vanskelig å ”presse” igjennom den individuelle planen som dagsorden, når andre tok ledelsen av ansvarsgruppemøtene.
- Det ble ikke gjennomført systematisk oppdatering og evaluering av den individuelle planen.
- Bruk av den individuelle planen ”falt ut” ved fengsels- og behandlingstjenesteplasser, da kommunen ikke hadde systemer som oppdaterte hvor brukerne oppholdt seg.

Funnene viste at brukerne opplevde seg krenket i flere sammenhenger i ansvarsgruppens arbeid med deres individuelle plan. Dette er funn som stemmer overens med annen forskning, som viser til at krenkelser er generelt utbredt i sosialt arbeid (Bengtsson & Middelboe, 2001; Egelund & Christensen, 2002; Høilund og Juul, 2005). Helse- og sosialarbeidernes manglende samarbeid vises også i Hansens undersøkelse av ansvarsgrupper knyttet til individuell plan (2007). I det følgende diskuteres funnene i forhold til helse- og sosialarbeidernes plikt til å samarbeide, og brukernes krav til forsvarlig helsehjelp, og hvordan denne praksisen bidro til usynliggjøring av brukerne og deres opplevelse av avmakt.

#### 8.4.7.1 Helse- og sosialarbeidernes plikt til samarbeid og forsvarlig helsehjelp

Den *reelle* praksis var avvikende fra anbefalt *ideell* praksis, men man kan stille spørsmål om det i noen sammenhenger også kan anses som *brudd* på datidens rettslige bestemmelser (Jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3) som påla tjenesteytere å samarbeide om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder.” (Kjellevold, 2009, s. 40). Når de eksterne helse- og sosialarbeiderne i denne studien ikke prioriterte å delta i ansvarsgrupper må dette kunne relateres til den rettslige bestemmelsen om forpliktelsen til samarbeid. Bestemmelsen har riktignok et fokus på samarbeid i henhold til *utarbeidelse* av planen for å få til et helhetlig, koordinert og individuelt tilbud, men i merknader til forskriften om individuell plan § 8 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007) er det presisert at: ”Den tjenesteyter/etat som har ansvar for tjenesten, har ansvar for at de planlagte tiltak gjennomføres.” Ordet ”gjennomføres” er nært knyttet til *oppfølging* av den individuelle planen og slik sett enkelte av partenes manglende deltakelse på ansvarsgruppemøter, og selvfølgelig manglende oppfølging av tiltak. Begge deler mener jeg må kunne tolkes som om at plikten til samarbeid *ikke* ble oppfylt, samtidig som dette også bidro til at de heller ikke oppfylte plikten til å tilrettelegge for brukernes medvirkning.

I henhold til datidens lovgivning var mangelen for oppfyllelse av plikten til å samarbeide ikke så lett å påklage. Innen *sosialtjenestelovgivning* ville dette kunne tas opp med personellens arbeidsgiver, eller med fylkesmannen som vil kunne etterspørre dokumenter som redegjør for rutiner i forhold til internkontrollplikten, noe som er vanskelig å tro ville blitt gjort. Innen datidens *helselovgivning* var det mulig å bringe inn eller ta opp saker om manglende samarbeid med helsemyndighetene og vurdere dem i henhold til oppfyllelse av kravet til *forsvarlig helsehjelp* (Kjellevold, 2009, s.42). Dette kunne gjøres i henhold til helsepersonellens selvstendige plikt til å samarbeide i forhold til kravet om forsvarlig helsehjelp, som var utdypet i helsepersonelloven § 4, andre ledd, andre punktum: ”Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.” For en må kunne stille spørsmål om

brukerne i disse sammenhengene kan sies å ha fått forsvarlig helsehjelp. Hva som menes med *forsvarlig* helsehjelp er komplisert, da begrepet er kontekstavhengig. Dette går også frem av merknader til helsepersonelloven § 4 (Ot. prp. nr. 13 1998-1999), hvor det i punkt 4.2.1 står at forsvarlighet: "(...) defineres ulikt på bakgrunn av hva som er rimelig å forvente (...)". Videre henvises det til at forsvarlighetskravet til den enkelte fagutøver er: "(...) en plikt til å opptre i samsvar med faglige normer og lovbestemte krav for yrkesutøvelsen. (punkt 4.2.5.3), uten at begrepet presiseres ytterligere, bortsett fra at begrepet både er rettslig og faglig rettet (punkt 4.2.1). Begrepets vage definisjoner kritiseres i forslaget til den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, men det presiseres at forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer, og allmenngyldige samfunnsetiske normer (Prop. 91 L, (2010-2011) punkt 20.5). I NOU 2004:18, punkt 8.4.2 henvises det til Halvorsen (1998) i redegjørelsen av kravet til faglig forsvarlige tjenester og dette er mer presist: "Kravet til faglig forsvarlige tjenester er en rettslig standard og består av tre hovedelementer. Tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang (Halvorsen 1998)." Benyttes denne definisjonen, er det komplisert å se at brukerne fikk helsehjelp av tilfredsstillende kvalitet, ved at helse- og sosialarbeiderne ikke kunne enes om innholdet i den individuelle planen. Brukernes medvirkning var i flere sammenhenger fraværende, noe som skal sikre kvalitet i tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a). Tjenestene ble heller ikke ytt i tide, da de i mange sammenhenger var preget av en utmattende uforutsigbarhet for brukerne. Flere av tjenestene i den individuelle planen ble heller ikke fulgt opp, og derfor kan heller ikke tjenestene vurderes til å bli gitt i tilstrekkelig omfang.

Brukerne har som tidligere omtalt mulighet til å klage på helse- og sosialarbeidernes *manglende tilrettelegging for brukernes medvirkning* innen helsetjenestelovgivningen. Så vidt jeg vet har ingen brukere benyttet seg av dette regelverket, men det har vært problematisk å få bekreftet dette, da jeg pr. april 2012 ikke har fått svar fra verken fylkesmannen eller helse- og omsorgsdepartementet, selv etter gjentatte purringer. Funn i denne studien peker mot at brukerne kan ha grunner for å klage.

I den nye loven om pasient- og brukerrettigheter av 2012 er brukernes klagemulighet styrket, gjennom deres rett til *ikke* bare å klage på manglende medvirkning, men også på manglende forsvarlige tjenester, nødvendig helsehjelp og et verdig tjenestetilbud. Hvorvidt dette kommer brukerne til gode, gjenstår å se. Usikkerheten kan ligge i hvorvidt helse- og sosialarbeiderne vil bistå de som ønsker å klage og trenger bistand til dette. Funnene i denne avhandlingen viser at når helse- og sosialarbeiderne kommer i pressete situasjoner med andre helse- og sosialarbeidere, støtter de ikke nødvendigvis brukerne selv om de ellers har et brukerorientert fokus. Derfor er det ikke sikkert at de vil støtte brukerne i en klage.

Brukerne opplevde det mangelfulle samarbeidet som problematisk. Særlig da de selv mente at de hadde oppfylt forventingene om medvirkning i samarbeidet i ansvarsgruppen. De hadde anstrengt seg for å medvirke med sin sårbare fortrolighetskunnskap, men de møtte partnere som ikke fulgte opp sine rettslige forpliktelser til samarbeid. Denne mangelen på oppfyling av rettslig forpliktelse viste enkelte av de eksterne helse- og sosialarbeiderne ved at de heller ikke tok den rettslige reguleringen av brukermedvirkning alvorlig. Hensikten med rettsbestemmelsen er nettopp å beskytte brukerne, sikre deres påvirkning på beslutninger om mål og tiltak (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007; Helsedirektoratet, 2010). De eksterne helse- og sosialarbeidernes mangelfulle håndtering av bestemmelsen kan vitne om at de oppfattet den som en anbefaling som kunne tilsidesettes når det passet, og ikke en plikt som *skal* iverksettes. Denne håndtering av lovverket er bekreftet i andre studier i sosiale institusjoner og av helsetilsynet (Den sociale ankestyrelse, 2001; Høilund og Juul, 2005; Helsetilsynet, 2008). Disse studiene henviser særlig til forvaltningsrettslige regler, som skal sikre den enkelte brukers mulighet for medvirkning i egen sak. Høilund og Juul (2005, s 108) mener at en vilkårlig og usikker håndtering av lovverket kan føre: "(...) til en vilkårlig og usikker sagsbehandling, som skaber irritation, vrede og modvilje hos borgerne." Dette kom også tydelig frem av brukernes reaksjoner i ansvarsgruppen i denne studien.

Som omtalt før er de rettslige bestemmelsene for individuell plan knyttet til brukernes rett til å få utarbeidet en slik, hvis de har omfattende og langvarige tjenestebehov.

Brukerne har rett til å medvirke i utformingen og oppfølgingen av planen, men de har *ikke* en eksplisitt rett på tjenestene som er nedfelt i planen. Dette er uttrykt i forskrift til individuell plan § 4: ”Den individuelle planen gir ikke tjenestemottakeren større rett til helse- og /eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007; Helsedirektoratet, 2010). I annen forskning om individuell plan, har det ofte vært påpekt at individuell plan har svak rettslig status (Thommesen, 2002; Thommesen, 2004; Thommesen, Normann og Sandvin, 2008). Flere har ment at hadde den individuelle planen gitt brukerne en *rettslig rett* til tjenestene, kunne dette ha forpliktet helse- og sosialarbeiderne mer enn det gjør i dag. Retten ville da ha vært direkte knyttet til om brukerne fikk tjenestene som var nedtegnet og brukerne ville også hatt et ”sterkere kort på hånden” enn de har pr. i dag. Funnene i denne studien tyder på at konsekvensene av en styrking av brukernes rettigheter *ikke* nødvendigvis fører til positive resultater, på grunn av helse- og sosialarbeidernes sviktende håndtering av rettslige bestemmelser.

Thommesen, Normann og Sandvin (2003) mener at hvordan samarbeidet fungerer i de individuelle planprosessene reflekterer antakeligvis også i en viss grad hvordan samarbeidet fungerer på et mer overordnet nivå. De mener at samarbeidet vanskelig kan utvikles positivt uten at initiativet kommer fra etatenes ledelse. Dette støttes opp om i samhandlingsreformen (St. meld. nr.47) hvor ledernes ansvar for å lykkes med samarbeid og koordinering av tjenestene er presisert.

#### **8.4.7.2 Usynliggjørende praksis bidrar til krenkelse**

Brukerne ble på flere vis utsatt for ringeakt i ansvarsgruppemøtene. Ringeakten viste seg ved at brukerne i flere sammenhenger ble utsatt for *usynliggjøring*. Den synliggjøring som brukerne hadde opplevd i føroverveielsesfasen og overveielsesfasen i utarbeidelsen av utkastet til den individuelle planen ble for brukerne i ansvarsgruppemøtene i forberedelsesfasen og handlingsfasen en opplevelse av at deres tilstedeværelse ikke ble tatt på alvor, ignorert eller tillagt vekt. Nettopp dette er typisk for usynliggjøring:

”(...) ”usynlig” i den overførte betydning, må subjektet nemlig omvendt have gjort den forudsætning, at det er blevet genkendt som individ i det rum-tidslige system: Subjektet kan kun hævde om en anden person, at personen ser igennem det, ignorerer eller overser det, hvis subjektet, før det gør dette, har tilstrevet personen en primær identifikasjon af sig selv.” (Honneth, 2003, s. 102).

Usynliggjøringen av brukerne viste seg blant annet ved at enkelte av de eksterne helse- og sosialarbeiderne ignorerte brukernes fortrolighetskunnskap i den individuelle planen. Eller ved at de ikke prioriterte deltakelsen på ansvarsgruppemøtene, eller lot være å anvende planen på møtene, og ved at tiltak ikke ble fulgt opp eller iverksatt til forventet tid og at planene ikke ble oppdatert.

Usynliggjøring bidro til at brukerne opplevde krenkelsen som om deres eksistens og ervervede intersubjektive forventninger ikke ble bekreftet. Honneth (2008a, s. 142) skriver: ”Å bli nektet sosialt gyldig rettskrav betyr at den enkelte ikke får innfridd sin intersubjektive forventning om å bli anerkjent som et subjekt som er i stand til å foreta moralske vurderinger.” De rettslig rettete krenkelsene handlet slik sett om å bli utsatt for en paternalistisk og tilfeldig håndtering av rettsbestemmelser som påførte brukerne negative konsekvenser, i form av opplevelsen av ikke å være etiske og juridiske tilregnelige personer. Brukernes rett til medvirkning ble forstått ulikt i hjelpeapparatet, noe som bidro til at de ble fratatt rettigheter og selvrespekt. Denne type krenkelse av: ” (...) å nektes rettigheter faller (...) typisk sammen med tap av selvrespekt, det vil si av evnen til å forholde seg til seg selv som en likeberettiget interaksjonspartner.” (Honneth, 2008a, s. 142). Krenkelsen viste seg ved at de ble ”sinte”, ”frustrerte” og opplevde avmakt som en bruker så betegnende ga uttrykk for ved å si: ”(...) sier de hopp, så hopper jeg og spør hvor høyt.” Den passive tolereringen av fornedrelsen og krenkelsen, skriver Honneth (2008a, s. 172) er et resultat av tap av selvrespekt. Samtidig vil en i tråd med Honneth kunne si at usynliggjøring førte til krenkelse av brukernes individualitet og deres positive ervervede selvforhold (Honneth, 2008a, s. 140). Regelstyring og usynliggjøring fratjener brukerne enhver verdi. Det er en krenkelse av brukerne både rettslig og solidarisk, ved at rettsregelen ikke gjelder for dem og at de ikke får medvirket med sin

fortrolighetskunnskap. Brukernes reaksjoner med sinne, frustrasjon og avmakt var alle typiske symptomer på disrespekt (Høiland og Juul, 2006, s. 28).

Dette stemmer overens med andre undersøkelser. Strøm (2008) henviser til et dominerende inntrykk av brukere som opplever fortvilelse over egen livssituasjon, følelse av avmakt, fravær av å bli tatt på alvor, og at manglende tilgang til nødvendige tiltak og tjenester førte til frustrasjon. Thommesen (2008, s. 194) refererer til at brukerne ”fortalte at de må arbeide hardt og lenge før de greier å få bistandsapparatet til å se utfordringene fra deres ståsted.” Brukernes reaksjoner er alvorlig, da denne formen for ringeakt påvirker brukernes interesse for å samarbeide videre (Høiland og Juul, 2005, s.30). Ringeakten handler også om dens negative påvirkning på brukernes håp og forventninger om en bedre fremtid, noe som Lambert (1992) mener bidrar til brukernes forbedring med 15 prosent. Brukerne opplevde hjelpeapparatet urettferdig i forhold til at de hadde gjort en stor innsats ved å blottstille sin fortrolighetskunnskap i deres medvirkning i utarbeidelsen av et utkast til individuell plan sammen med de interne helse- og sosialarbeiderne. Dette stemmer overens med hva Høiland og Juul (2005, s. 103) skriver: ”Selv en lovgivning, der understreker, at borgeren *skal* indrages og have *reelle* muligheter for at delta i beslutninger i hans eller hendes sag, elimineres ikke en professionskultur, der har tendens til at usynliggøre borgerne.”

#### **8.4.7.3 En rettslig og solidarisk krenkelse av brukerne**

Helse- og sosialarbeidernes manglende interesse av å enes om forståelsen av innholdet i den individuelle planen, ta utgangspunkt i brukernes fortrolighetskunnskap og samarbeide i ansvarsgruppen var en ringeakt som både var *rettslig* og *solidarisk* orientert. De rettslige krenkelsene bestod av at helse- og sosialarbeiderne gjentakende ganger ikke oppfylte sin plikt til å samarbeide og tilrettelegge for brukernes rettslige rett til å medvirke. På flere vis ekskluderte de brukerne fra samhandlingen, og slik ble brukerne også nektet rettigheter de hadde. Honneth mener at: ” (...) hvis personene systematisk nektes bestemte rettigheter, impliserer det at personen ikke er moralsk tilregnelig i samme grad som de andre samfunnsmedlemmene (Honneth, 2008a, 124). På den måten ble ikke bare brukernes personlige autonomi innskrenket, men også deres følelse av å ha



status som fullverdige og moralsk likestilte interaksjonspartnere. Dette er en krenkelse som har negative konsekvenser for personens sosiale integritet og bidrar til tap av selvspekt (Honneth, 2008a).

For det andre ble brukerne utsatt for en solidarisk ringeakt i ansvarsgruppen ved at deres sosiale verdi ikke ble bekreftet. Den sosiale verdsettingen brukerne hadde erfart i kraft av å medvirke med sine ferdigheter i utarbeidelsen av utkastet til den individuelle planen, ble i handlingsfasen utelatt av enkelte medlemmer i ansvarsgruppen. Brukernes fortrolighetskunnskap ble helt eller delvis devaluert, og slik ble de fratatt muligheten til å gi sine egne ferdigheter en sosial verdi. Honneth skriver (2008a, s.143): ”Den enkeltes erfaring av en slik sosial nedvurdering faller derfor typisk sammen med et tap av selvverdsetting, det vil si muligheten til å forstå seg selv som et vesen som verdsettes i sine karakteristiske egenskaper og ferdigheter.” Ringeakten reduserte brukernes sosiale tilslutning til å utvikle et positivt selvforhold, og som de i utgangspunktet hadde anstrengt seg for å oppnå og fått hjelp til gjennom ulike former for oppmuntring fra de interne helse- og sosialarbeiderne tidligere i arbeidsprosessen. Funnene er på et vis sammenfallende med Lorentsen og Berges (2006) studier, som viser til variasjonsbredde i brukernes opplevelse av å bli tatt på alvor i arbeidet med individuell plan, men denne undersøkelsen knytter ikke brukernes opplevelse til bestemte faser i arbeidsprosessen.

Brukere med rusmiddelproblemer og deres manglende mulighet for medvirkning i hjelpeapparatet bekreftes av Askheim (2009), og blant annet av de danske forskerne på rusmiddelproblematikk Asmussen og Jöhncke (2004, s. 14) som konkluderer med at: ”(...) mens systembrugerne nu skal tillægges en troværdighed og autenticitet, som hele ideen om kvalitetsudvikling gennem brugerinddragelse bygger på, er denne værdsættelse endnu ikke blevet stofbrugere til del.”

## **8.5 Målsetting og nytte med individuell plan**

Målsettingen med individuell plan har vært uendret i forskrift om individuell plan i utgavene i 2005, 2007 og 2010, også i siste utgitte forskrift om individuell plan i arbeids

– og velferdsforvaltningen 2010. I § 2 står det at formålet med utarbeidelse av en individuell plan blant annet er:

- a) ”å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,
- b) å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov,
- c) å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007; Helsedirektoratet, 2010)

Et av forskningsspørsmålene i denne studien fokuserte på å utforske om individuell plan bidro til helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassete tjenester til den enkelte bruker. Dette fokuset er ikke ulikt innholdet i teksten under bokstav a. Leser man teksten under bokstav b og c, ser man også under disse bokstavene at søkelyset rettes mot det samme. Under bokstav b er ”koordinering” nevnt, og ”samhandling” under bokstav c. Begge er sentrale begreper i å nå målsettingen om helhetlige, koordinert og individuelt tilpassete tjenester.

### **8.5.1 Koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester krever felles mål**

Funnene fra andre og tredje runde var ulike. I andre runde hadde *ikke* brukerne hatt individuell plan i lang nok tid til å erfare om planen bidro til koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester. Derfor er det ikke funn om dette fra denne runden, men brukerne uttalte seg, som i første runde med optimisme og forventinger til at den individuelle planen ville forplikte helse- og sosialarbeiderne til å følge dem opp: ”Ja, jeg tror individuell plan er bra, det føles som det innebærer mye forpliktelse for alle og at det er veldig viktig at alle gjør det riktig.” I denne runden var også de interne helse- og

sosialarbeiderne optimistiske med hensyn til at individuell plan kunne bidra til at tjenestene ble koordinerte, helhetlige og tilpasset den enkelte bruker.

I tredje runde viste funnene at den *reelle* praksis ikke bidro til at tjenestene ble koordinerte, helhetlige og individuelt tilpasset den enkelte bruker. Brukernes positive innstilling var endret, og må anses som en konsekvens av funnene som er drøftet i forrige kapittel. Når helse- og sosialarbeiderne ikke forholdt seg samlet til brukernes fortrolighetskunnskap og innholdet i planen, ikke prioriterte å delta i ansvarsgruppemøtene, ikke fulgte opp tiltak og ikke evaluerte planen systematisk var dette samlet og hver for seg deler av arbeidet som bidro til at tjenestene ikke ble koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete.

Brukerne mente at dette måtte ses i sammenheng med hjelpeapparatets overfladiske holdning til innholdet i den individuelle planen: ”Det handler om at den ikke har nok tyngde i hjelpeapparatet, de bryr seg ikke om hva som står der, de gjør bare som de selv vil. Så jeg kan ikke si at jeg har merka at den planen har gitt meg den hjelpa som det ble snakket om at den skulle.” De ga uttrykk for en svekket optimisme med hensyn til at den individuelle planen skulle bidra til å angi en felles retning for arbeidet: ”Jeg trodde denne planen skulle være en *ledestjerne*, men jeg føler ikke alle etatene drar i samme retning.” De mente at helse- og sosialarbeiderne skulle tatt utgangspunkt i de nedtegnete målene og tiltakene i den individuelle planen som et felles grunnlag. Brukernes meninger samsvarer med hva som også er presisert i veileder til forskrift om individuell plan, punkt 8:

”Den innsatsen som gjøres av ulike tjenesteytere, saksbehandlere og koordinator og de stønader, tjenester og tiltak som settes inn overfor tjenestemottaker, representerer tjenestetilbudets ulike tiltak eller virkemidler. Disse virkemidlene må dra i samme retning, en retning som styres av personens ønsker eller mål for framtida. Retningen er styrende for hvilken bistand som er nødvendig.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b; Helsedirektoratet, 2007).

De eksterne helse- og sosialarbeidernes manglende oppslutning om den individuelle planen og myndighetenes idealer for dette arbeidet bekreftes i andre studier som

vektlegger brukernes erfaringer. Eksempelvis henviser Strøm (2008) i sin studie til at det særlig sviktes når planen skal iverksette koordinering og samordning av tjenestene. Bakke (2005) konkluderer med at individuell plan ikke har ført til mer sammenhengende tjenestekjede. Dette bekreftes også i internasjonale studier (Alexander, Pollack, Nahra, Wells, Lemark, 2007; Goodwin, 2011). Det problematiske med dårlig koordinering av tjenestene er i følge Goodwin (2011) at det fører til at brukerne får dårlige erfaringer med hjelpeapparatet og at deres behov for individuelt tilpassete tjenester ikke blir innfridd. Flere studier viser til at det er stor avstand mellom politiske ideelle målsettinger og den reelle praksis (Bakke, 2005; Høilund og Juul, 2005; Lorentsen og Berge, 2006; Michaelsen, Vatne og Hollingen, 2007; Gravrok, Andreassen og Myller, 2008; Strøm, 2008).

### **8.5.2 Brudd i handlingsfasen- ikke en individuell plan, men en livsplan**

Ses disse funnene i sammenheng med arbeidsprosessen med individuell plan i internveilederen (2007), viste funnene at det begynte ”i det små” å bli komplisert i forberedelsesfasen, men hovedsakelig stoppet den opp i handlingsfasen. Arbeidet kom aldri så langt som til vedlikeholdsfasen. Det var i forbindelse med ”partenes iverksetting og oppfølging av oppgaver og ansvar” at prosessen stoppet opp. Dette visualiseres under i tidligere vist modell:

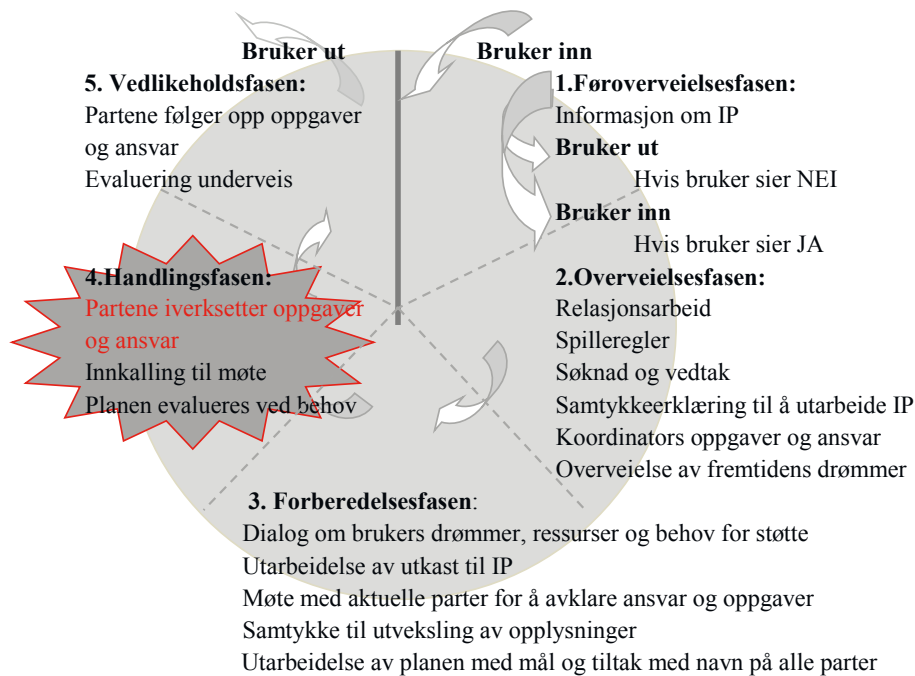


Fig: nr. 7: Modellen viser at arbeidsprosessen med individuell plan stoppet opp i handlingsfasen.

Når arbeidsprosessen stoppet opp i handlingsfasen falt også mulighetene for å oppnå koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester bort. Brukerne opplevde planen som et verktøy kun til bruk mellom dem selv og den helse- og sosialarbeideren de hadde skrevet utkastet til individuell plan med: ”Det kan stå så mye gode intensjoner i planen, men så lenge ikke etatene er enige i dette, og de ikke føler seg forpliktet til å følge det, blir det bare noe som jeg har skrevet med min kurator.” En bruker som arbeidet aktivt med sitt liv sa: ”Nå ble det jo ikke slik som vi hadde tenkt, men for meg gir planen i hvert fall litt struktur, og det trenger jeg. Planen blir en type ”livsplan” mellom meg og henne (den interne helse- og sosialarbeideren), kan du si.” Han forklarte hva han la i en ”livsplan”:

”Ja, det er jo den planen med målene mine. Når jeg for eksempel er nedfor eller sliten, så kan jeg og hun (den interne helse- og sosialarbeideren) se på den, for da kan jeg se hva jeg har fått til. Der står det jo svart på hvitt, og så føler jeg meg litt bedre og så kommer jeg på hva jeg skal jobbe med fremover. Ja, hvilke mål jeg har for fremtiden.”

På det viset støttet ”livsplanen” opp om den enkelte brukers bevissthet om hva de hadde fått til og hva de skulle arbeide videre med. Dette sammenfaller med tidligere funn fra tillitspersonforsøket (Helsedirektoratet, 2009b; Helsedirektoratet, 2011b). For disse brukerne bidro planen til et mer systematisk arbeid. Andre vektla at planen hjalp dem til å huske hva de holdt på med: ”Det er som å gå i butikken med eller uten huskelapp.” Dette er ikke så ulikt hvilken betydning en individuell plan ville kunne ha for den enkelte bruker. Samtidig feilet denne ”livsplanen” i forhold til at brukere med omfattende og langvarige rusmiddelproblemer ofte har behov for flere tjenester, som bør være koordinerte og helhetlige for å bli individuelt tilpasset.

### 8.5.3 Brudd på brukermedvirkning som en gyldig norm

Brukerne opplevde de eksterne helse- og sosialarbeidernes mangelfulle håndtering i handlingsfasen som frustrerende, stagnerende og de følte resignasjon i forhold til forventningen om et bedre liv. Deres reaksjoner var knyttet til uventet motgang i forhold til de forventningene de hadde utviklet i tidligere faser i arbeidsprosessen. Honneth (2008a, s. 146) kaller denne type situasjoner som ”moralske” konflikter i den sosiale verden. Det typiske for slike situasjoner er at dette er *normstyrte handlinger*, som er påført av andre som deres interaksjonspartnere, og bryter med normer som forutsettes å være gyldige. I følge Honneth (2008a, s. 147) er subjektets reaksjon på motgangen en moralsk indignasjon. I denne studien bestod den moralske konflikten av de eksterne helse- og sosialarbeidernes mangelfulle brukerorienterte praksis i ansvarsgruppen og brukernes og de interne helse- og sosialarbeidernes forventninger til en slik praksis. Både brukerne og de interne helse- og sosialarbeiderne hadde forventninger om at *brukermedvirkning var et gyldig rettskrav* som skulle innfris. Da dette ikke skjedde, fikk dette først og fremst konsekvenser for brukernes positive selvforhold som de hadde utviklet i utarbeidelsen av utkastet til deres individuelle plan. Honneth (2008a, s. 142) skriver:

”Å bli nektet sosialt gyldige rettskrav betyr at den enkelte ikke får innfridd sin intersubjektive forventning om å bli anerkjent som et subjekt som er i stand til å foreta moralske vurderinger. Erfaringene av å nektes rettigheter faller derfor typisk sammen

med et tap av selvrespekt, det vil si av evnen til å forholde seg til seg selv som en likeberettiget interaksjonspartner for alle medmennesker.”

Brukerne følte seg uriktig behandlet av de eksterne helse- og sosialarbeiderne da de ble ekskludert, som om de ikke var i stand til å medvirke som interaksjonspartnere i ansvarsgruppen. Dette førte til at brukerne inntok en resignert holdning. De mente også at de eksterne helse- og sosialarbeidernes mangelfulle praksis i ansvarsgruppen kunne ha en destruktiv virkning på motivasjonen deres til å endre sine rusmiddelvaner. De argumenterte blant annet med at dette kunne resultere i at flere av brukerne kunne få tilbakefall: ”Det er en kollisjon, for folk klarer ikke å komme i gang, de blir skuffet og begynner å ruse seg.” For de interne helse- og sosialarbeiderne førte de eksterne helse- og sosialarbeidernes mangelfulle brukerorienterte praksis til at de opplevde at deres positive engasjement overfor brukerne og deres åpenbare forventninger til den individuelle planen, hadde bidratt til å gi brukerne falske forhåpninger. Honneth (2008a, s. 146) skriver at det typiske i situasjoner hvor en møter motgang, er at det skjer en oppmerksomhetsforskyvning mot egne forventninger som skaper bevissthet om forventningenes kognitive elementer. I dette tilfelle var det de interne helse- og sosialarbeidernes bevissthet om brukermedvirkning, som styrte deres handlinger for at brukerne skulle motta de forventete koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenestene, men som ble forhindret i samhandling med de eksterne helse- og sosialarbeiderne.

#### **8.5.4 Hvordan kan vi forstå den mangelfulle praksisen om individuell plan?**

Uten tvil var helse- og sosialarbeidernes praksis i ansvarsgruppen mangelfull, men hvordan kan vi forstå dette? I andre runde var det en intern helse- og sosialarbeider som problematiserte at det var *komplisert å få et nært forhold til de individuelle planene*, som en ikke selv hadde vært med på å skrive: ”Når jeg bruker andre sine planer, altså planer som jeg *ikke* har vært med på å skrive selv, så har jeg ikke det nære forholdet til dem ut over at vi bruker punktene. Det er ikke så lett å bli engasjert i andres planer.” Kan noe av begrunnelsen for de eksterne helse- og sosialarbeidernes manglende deltakelse i de

individuelle planene ligge her? Alle de individuelle planene som det ble arbeidet med i denne studien, hadde ingen av helse- og sosialarbeiderne fra de andre etatene og instansene vært med på å utarbeide fra starten av, det vil si fra føroverveielsesfasen og overveielsesfasen. De kom med senere i prosessen, i forberedelsesfasen. De interne helse- og sosialarbeiderne som hadde utarbeidet utkastet til den individuelle planen sammen med brukerne fra begynnelsen av, var alle engasjerte i planen. Utarbeidelsen hadde medført at de hadde et "eierforhold" til planen, akkurat som brukerne opplevde selv med å være aktive i planarbeidet. Var det dette "eierforholdet" til planen som sviktet hos de eksterne helse- sosialarbeiderne? Vil dette kunne tilsi at de burde kommet tidligere inn i arbeidsprosessen? I forhold til tidligere funn som viste at brukerne mente de trengte en trygg, tillitsfull og langvarig relasjon til *en* person for å kunne tørre å være ærlige og åpne opp for sårbare tema, er dette funn som *ikke* åpner for flere involverte i tidligere faser i arbeidsprosessen. Skal man *følge brukernes interesser* vil dette tilsi at når brukerne og de interne helse- og sosialarbeiderne presenterer utkastet til en individuell plan i ansvarsgruppen, må de eksterne helse- og sosialarbeiderne evne å engasjere seg i planer som *de selv ikke har vært med på* å utarbeide utkastet til. En praksis med flere helse- og sosialarbeidere med fra starten av vil i tilfelle også være en svært ressurskrevende praksis. Det vil også kunne være komplisert å gjennomføre på grunn av antallet aktører som må koordineres. Derfor må eksterne helse- og sosialarbeidere evne, om ikke å innordne seg, så i hvert fall å samordne seg i forhold til innholdet i planen og ut fra utkastet som er laget avklare og følge opp de tiltak de har ansvar for.

De eksterne helse- og sosialarbeidernes manglende oppslutning kan også ha sammenheng med deres tilsynelatende manglende *bevissthet om sitt ansvar* for at brukerne mottok helhetlige tjenester. I følge Bredland, Linge og Vik (2011) blir denne type samarbeid kalt *tverrfaglig samarbeid*. Det karakteristiske med tverrfaglig samarbeid er at *alle er bevisst sitt ansvar*, ikke bare for sin del av tjenestene, men *også* for det felles målet, som her er at brukerne får helhetlige tjenester. Funnene i denne studien kan tyde på at flere av helse- og sosialarbeiderne verken var bevisst sitt ansvar for de spesifikke eller de helhetlige tjenestene.



En annen måte å forstå den manglende oppslutningen om å arbeide mot felles mål, er at tilsynets rapport om habiliteringsplaner viser at det er et problem at ansvarsgruppene i mange kommuner er *preget av svak styring* (Helsedirektoratet, 2008b). Sett i sammenheng med funn i denne avhandlingen kan den svake styringen ha med helse- og sosialarbeidernes vansker med å lede ansvarsgruppemøtet når representanter med høyere status var til stede. Dette gjaldt særlig når legene tok over styringen. Å lede ansvarsgruppemøter med representanter som har ulike profesjoner med tilhørende ulik status krever trygge helse- og sosialarbeidere som *tør å lede koordineringen av tjenestene*. Men dette krever også deltakere som viser respekt for koordineringen og som *lar seg samordne*.

Den mangelfulle oppslutningen om individuelle planer kan også ses i lys av *manglende kunnskap om nye nasjonale føringer*. Da denne studien tok til, viste det seg at bare et fåtall av helse- og sosialarbeiderne hadde bladd i eller lest veilederen til forskrift for individuell plan. De forsvarte dette med at *de ikke hadde tid* i sin arbeidsdag: ”Jeg skjønner ikke når jeg skulle fått tid til å lese, det er bare ikke tid til den slags.” Helse- og sosialarbeidernes mangelfulle kunnskap om individuell plan ble senere bekreftet i praksis. I begynnelsen av denne studien hadde de for eksempel ikke kunnskap om den rettslige reguleringen av brukernes rettigheter. De visste blant annet ikke at brukerne kunne klage på manglende medvirkning. Samtidig kan ikke helse- og sosialarbeidernes manglende kunnskap *kun* ses i sammenheng med dem selv og deres praksis. Funn i denne studien viste at heller ikke ledelsen hadde satt seg inn i nasjonale føringer om individuell plan, da det var virksomhetslederen som hadde tatt beslutningen om å omdøpe tiltaksplan til individuell plan og begrunnet dette med at det i grunnen bare var et annet ord for det samme. Dette kan tenkes å være gjeldende for ledelsen hos flere av de eksterne helse- og sosialarbeiderne i ansvarsgruppen. I så fall er det problematisk da *ledelsen har et faglig og juridisk ansvar* for at tjenestepersonell innen helse- og sosialtjenesten samarbeider med andre tjenesteytere (Kjellevold, 2009, s.40). Dette støttes av Thommesen, Normann og Sandvin (2003) som mener at initiativet må komme fra etatenes ledelse, dersom samarbeidet mellom ulike etater skal utvikles positivt.

Denne mangelfulle praksisen kan også tolkes som at de eksterne helse- og sosialarbeiderne hadde *manglende fornuftsbasert tilslutning til myndighetenes føringer*. Honneth (2008a, s. 126) skriver om dette: "(...) en hver utvidelse av den enkeltes rettigheter, må ses på som et skritt i retning av å virkeliggjøre den moralske ideen om at samfunnsmedlemmenes fornuftbaserte tilslutning til den etablerte rettsordenen er en forutsetning for at de underordner seg." Den fornuftbaserte tilslutningen krever altså at *de underordner seg*. Denne underordningen er vanskelig å spore i funnene tilknyttet de eksterne helse- og sosialarbeiderne, når de ikke hadde tid til å ta utgangspunkt i den individuelle planen i ansvarsgruppemøtene eller når brukerne opplevde at deres fortrolighetskunnskap hadde liten verdi. I denne praksis tilrettela de ikke for brukernes medvirkning i utarbeidelse og oppfølging av den individuelle planen. Dette kan tolkes som at de ikke så seg selv som et *sosialt medium* som skulle artikulere myndighetens etiske verdier og mål. Honneth (2008a, s.131) skriver:

"(...) den sosiale verdsettingen krever et sosialt medium som på en allmenn og intersubjektivt forpliktende måte må kunne gi uttrykk for forskjellene i egenskaper mellom subjektene. Denne formidlingsoppgaven blir på det samfunnsmessige området utført av en symbolsk artikulert, (...)."

Disse funnene kan tolkes som at de eksterne helse- og sosialarbeiderne heller var *lydige til den tenkemåten som var regjerende i den institusjonen eller etaten de tilhørte* fremfor å underordne seg myndighetenes rettslige føringer. Høiland og Juul (2005, s. 75-76) skriver:

"Det, socialarbejderne adlyder, er ganske vist ikke først og fremmest lovgivningens ord og bogstav (så langtfra!). Hvad de adlyder og reproducerer gennem deres handlinger, er den institutionelle dømmekrafts imperativer, som ikke er moralske imperativer, men økonomiske og politiske krav om hurtig og effektiv sagsbehandling. Lydighedens etik viser sig ved, at socialarbejderne sjældent stiller spørgsmål ved institutionelle tænke måder eller prioriteringer."

Dette viste seg ved at de eksterne helse- og sosialarbeidernes praksis var preget av rutiner og programmer. Disse ga føringer for når det var forventet at brukerne skulle

begynne å arbeide og innbefattet sanksjoner for bruk av medikamenter. Dette i stedet for å ta utgangspunkt i den enkelte brukers individuelle behov som var nedtegnet i den individuelle planen.

Jeg mener at en her kan stille spørsmål om hvordan brukermedvirkning som sentral verdi i individuell plan stemmer overens med enkelte av rusmiddelfeltets etaters og institusjoners praksis. Funnene i denne studien tyder på at det er komplisert for organisasjoner som er rutine- eller programorienterte å være brukerorienterte. Dette har sammenheng med at en program- og rutineorientert praksis allerede er mer eller mindre fastmeislet i forhold til progresjon, og synet på hvilke behov for tjenester brukerne har. En slik praksis er vanskelig å kombinere med brukernes rett til medvirkning i utarbeidelse og oppfølging av individuell plan, hvor hensikten nettopp er at det er brukernes mål og tiltak som skal angi tempo og vise retning for det videre arbeidet. Det krever en fleksibel praksis som er individrettet. Dette kommer jeg tilbake til.

### **8.5.5 Studiens påvirkning på funnene**

Som tidligere skrevet kan funnene være påvirket av studiens handlingsorientering. Dette fordi de interne helse- og sosialarbeiderne fikk tid til å sette seg inn i hvordan de kunne arbeide med individuell plan. De deltok i kompetansetiltak, hvor de fikk opplæring i forhold til emner de mente de trengte mer kunnskap om. Under datainnsamlingsprosessen som varte i omtrent to år var de deltakere i flere samlinger, hvor praksis med individuell plan ble diskutert. Gjennom de tre rundene fikk de mulighet til å gå gjennom Stringers tre trinn; *look, think og act* (1996, s. 16). De fikk mulighet til å diskutere, reflektere og lytte til de andre helse- og sosialarbeidernes opplevelser og meninger, men også brukernes. På den måten fikk de kunnskap om blant annet rettslige bestemmelser knyttet til individuell plan og helse- og sosialt arbeid med fokus på brukermedvirkning. Dette ga dem økt kompetanse, og som de selv sa også hadde påvirket dem: ”Jeg føler jeg har lært masse om individuell plan.” Dette var en påvirkning som ikke de eksterne helse- og sosialarbeiderne i ansvarsgruppen fikk.

I denne sammenhengen er det derfor komplisert å vite hvordan disse funnene hadde vært om *ingen* av helse- og sosialarbeiderne hadde vært med i studien, eller om *alle* hadde vært med i den samme prosessen med kompetansetiltak og jevnlig møter hvor individuell plan, brukermedvirkning og brukere med rusmiddelproblemer var tema. Samtidig er ikke funnene uventet. De samsvarer godt med andres funn om etaters og institusjoners manglende samarbeid og felles forståelse av individuell plan, som er vist til over. Samtidig er dette også funn som jeg får bekreftet av helse- og sosialarbeidere og brukere når jeg selv har holdt kurs eller foredratt om individuell plan. Dette til tross for at helse- og sosialdepartementet og andre aktører har arrangert omfattende opplæring gjennom kurs og seminarer, har gitt ut flere brosjyrer og oppdatert veilederne til forskrift til individuell plan flere ganger. Funnene viser noe om hvor komplisert det er å implementere nye redskaper og lovverk i praksis.

## **Kapittel 9 Brukermedvirkning og brukernes selvforhold**

I dette kapitlet rettes søkelyset først mot hvordan vi kan forstå betydningen av funnene fra de ulike fasene i arbeidsprosessen for brukernes selvforhold. Deretter diskuteres disse funnene i sammenheng til hjelpeapparatets og samfunnets holdninger til og handlinger rettet mot brukere med rusmiddelproblemer. Deretter redegjøres det for fire former for relasjoner som kom frem i datamaterialet, for å kunne forstå hva det var i samspillet som fremmet og hemmet brukermedvirkning.

### **9.1 Ringeaktens bumerang i arbeidsprosessen**

Til tross for funnene som viste at brukerne opplevde at en "livsplan" kunne bidra til noe konstruktivt for dem, viste funnene også, som tidligere beskrevet at de opplevde enkelte av helse- og sosialarbeidernes manglende engasjement og involvering i ansvarsgruppen som krenkende. De ga uttrykk for en resignert holdning, og noen ga uttrykk for håpløshet: "Jeg tror ingenting lenger, jeg satser ikke på noen ting, bare å vente og se hva som skjer, jeg har ingen forhåpninger." Dette var brukere som hadde hatt individuell plan over lengre tid, og de arbeidet hardt for å endre sin livssituasjon. De hadde gitt uttrykk for en optimisme, helt til de møtte krenkelsene i ansvarsgruppene. Dette var en ringeakt som de gjenkjente fra tidligere møter med hjelpeapparatet og som er bekreftet i tidligere funn, eksempelvis som da brukerne sa at ingen hadde spurt om deres meninger tidligere (se punkt 8.3.5). Opplevelsen ble slik sett bare "en ny lenke til" på et kjede av tidligere krenkende opplevelser i hjelpeapparatet. Brukerne ga uttrykk for oppgitthet, som var påfallende lik den de hadde gitt uttrykk for i overveielsesfasen i intervjuene i første og andre runde: "Jeg er narkoman og jeg sier ja til alt, ingenting er frivillig når en er narkoman." og "Når en er narkoman må en bare ta til takke med alt." Dette var utsagn som var direkte knyttet til erfaringer med hjelpeapparatet.

Ses disse funnene i sammenheng og i lys av et anerkjennelseperspektiv med fokus på brukernes selvforhold, vil dette kunne tale for at brukerne begynte arbeidsprosessen med individuell plan i føroverveielsesfasen som allerede krenkede individer og med *et*

*negativt selvforhold* (Honneth, 2008a). Følger vi brukernes opplevelser i arbeidsprosessen med individuell plan, opplevde de i overveielsesfasen og forberedelsesfasen en ”opptur” ved at de mottok rettslig og solidarisk anerkjennelse i sin medvirkning i utarbeidelsen av utkastet til en individuell plan. Dette er vist til i tidligere funn, eksempelvis: ”Hun gir meg skryt, det er kjempegøy”. De opplevde at deres individualitet ble anerkjent og at deres fortrolighetskunnskap ble tatt på alvor, og at dette bidro til deres *positive selvforhold*. Da brukerne kom i handlingsfasen, og de eksterne helse- og sosialarbeiderne ble en del av arbeidsprosessen i ansvarsgruppen opplevde brukerne en ”nedtur”, ved at deres fortrolighetskunnskap ble nedprioritert, ekskludert og ignorert. De opplevde seg krenket og sa: ”Jeg tror ingenting lenger”. Slik returnerte de til den resignerte holdningen de tidligere hadde gitt uttrykk for i før-overveielsesfasen. Ringeakten de opplevde bidro til rettslig og solidarisk ringeakt som påvirket til et *negativt selvforhold*. Dette visualiseres under:

|   | Tidligere erfaringer med hjelpeapparatet og i før-overveielsesfasen | Utarbeidelse av individuell plan i overveielsesfasen og forberedelsesfasen | Ansvarsgruppens arbeid om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester i handlingsfasen |
|---|---|--|--|
| <b>Anerkjennelsesformer / Krenkelsesformer</b>  | Rettslig og solidarisk Ringeakt                                     | Rettslig og solidarisk anerkjennelse                                       | Rettslig og solidarisk Ringeakt  |
| <b>Brukernes selvforhold i arbeidsprosessen</b> | Negativt selvforhold  | Positivt selvforhold   | Negativt selvforhold   |

Fig. nr. 8: Modellen viser hvordan brukernes selvforhold endret seg gjennom arbeidsprosessen med individuell plan i forhold til deres opplevelse av anerkjennelse og ringeakt. Den nederste pilen henviser til at brukernes negative selvforhold i handlingsfasen var en gjentakelse av deres selvforhold i før- og overveielsesfasen. Pilene viser kun retning, ikke styrke.

På det viset bidro den reelle praksisen i arbeidsprosessen til at brukerne returnerte til et negativt selvforhold. Brukernes opplevelse av sitt selvforhold i handlingsfasen, ble på en måte ”tilbake til start” i før-overveielsesfasen. Uten tvil var det negativt for brukerne å bli utsatt for en slik ”berg og dalbane” i sitt selvforhold. Dette skadet brukerne gjennom å svekke deres opparbeidede positive selvforhold, som de hadde anstrengt seg for og utviklet i samspillet med de interne helse- og sosialarbeiderne. Samhandlingen i

arbeidsprosessen som skulle bidra til at brukerne skulle kunne realisere sine mål, ble i stedet en prosess som begrenset deres handlegfrihet, krenket dem, reduserte deres håp om en bedre fremtid og ikke minst bekreftet deres negative selvforhold og erfaringer med hjelpeapparatet. Dette er problematisk, da en av de overordnede hensiktene med individuell plan og alle tiltak innen helse- og omsorgstjenesten må være å bidra til at brukerne utvikler og/eller styrker sitt selvforhold i positiv retning, slik at de kan bli mest mulig autonome mennesker. Dette er blant annet eksplisitt uttrykt i nasjonal helse- og omsorgsplan (2010-2015) (Meld. St. 16 (2010-2011)).

## 9.2 Samfunnets kulturelle ringeakt

Hvordan kan vi forstå ringeakten som helse- og sosialarbeiderne utøvet i ansvarsgruppen overfor brukerne, og som bidro til at de falt tilbake i et negativt selvforhold? Etter mitt syn kan dette ses i sammenheng med *den lave statusen* som brukere av illegale rusmidler har i store deler av verden, inkludert Norge (Humerfelt, 2005b; Thommesen, 2008; Askheim, 2009).

Den lave statusen er etter min mening blant annet befestet med *stereotype holdninger* til brukere av illegale rusmidler eller "de narkomanes" personlighet, hvor deres egenskaper blir redusert til de som en tilsynelatende finner mest betydningsfulle og relevante (Asmussen og Jöhnke, 2004, s. 13). Dette vises blant annet i media og vandrehistorier, som ofte omtaler personer med rusmiddelproblemer som at: "De er grunnleggende sett fullstendig amoralske, løgnere, bedragere, manipulerende, aggressive og farlige" (Furuholmen, 1987, s. 33). Stereotypene er bekreftet av George De Leon (Furuholmen og Schancke Andresen, 2007, s. 62) fra Phoenix House i New York. De ses i flere sammenhenger i Norge, blant annet i media som i en NorAlarm reklame for boligalarmer våren 2002 (Humerfelt, 2005b). Annonsen og esken med boligalarmer var preget av et ungt herjet mannsansikt, med et olmt blick, kutt i pannen, piercing i øyebrynet og over sto det skrevet med fete typer: "22 år – Narkoman- Tyv". Slik benyttet NorAlarm seg av stereotype bilder av de "narkomane" for å skremme folk til å kjøpe alarm. Ved å anvende slike stereotyper etableres og vedlikeholdes et negativt bilde av brukere med rusmiddelproblemer. Dette gjenspeiles i folks holdninger, reaksjoner, respons og

sanksjoner. Brukernes identitet og egenskaper knyttes og kategoriseres ensidig til personens rusmiddelproblem, og til de kjennetegn som er knyttet til dette. At brukerne kan ha andre gode egenskaper, som å være en flink håndverker eller en god musiker, eller ha status som mor, far eller sønn, utelates. Ved dette blir brukernes individuelle egenskaper og ferdigheter usynlige og stereotypene bidrar til et ensidig og konserverende syn på brukere med rusmiddelproblemer. Stereotypene er problematiske, da de omtaler brukerne som en gruppe. Alle har de samme karakteristika og derfor er *stereotypier i seg selv en ringeakt* for individets egenart. Strand (referert i Thommesen, 2008, s. 42) som har skrevet om rusmiddelproblemer og media, mener at stereotypene er en form for *undertrykkelse* av brukere med rusmiddelproblemer som skaper en ”grunnleggende avstand og motsetning mellom rusbrukeren og det ‘normale menneske’”. Denne avstandstaken mellom de "narkomane" og "vi normale" øker sjansen for at brukere med rusmiddelproblemer utsettes for ringeakt både ute i samfunnet og i hjelpeapparatet. Sentrale verdier som likeverd, demokrati, toleranse og medmenneskelighet blir ikke gjeldende for dem.

Den lave statusen kan etter min mening også gjenkjennes i *måten hjelpeapparatet møter disse brukerne og deres rusmiddelproblemer*, sammenlignet med brukere med andre former for helse- og sosiale problemer. Dette viser seg blant annet ved at brukerne kan møte helse- og sosialarbeidere som kan være mer *lojale* til institusjonens rutiner, programmer og forståelse av hvordan møte brukere med rusmiddelproblemer, enn til brukernes individuelle behov. Funnene i denne studien viser at enkelte helse- og sosialarbeideres handlinger i ansvarsgruppen, ofte representanter for LAR, var mer system- enn brukerorienterte. Dette bidrar til en ekskludering av brukere som ikke ”passer inn”. Generelt skjer ekskluderingen på flere vis innen rusmiddelfeltets institusjoner. Det er ikke uvanlig at brukere med rusmiddelproblemer risikerer å miste behandlingsplassen hvis de bruker rusmidler, både mens de venter på å få behandlingsplass, eller etter at de har fått. De mister altså behandlingsmuligheten fordi de viser aktive symptomer på den lidelsen som er begrunnelsen for søknaden/ behandlingsplassen (Lossius, 2011). De kan også miste plassen ved at de ikke kommer til avtalt tid. Når dette skjer, plasseres ikke sjelden skylden på brukerne; *blaming the victim* (Røthing, 2007), ved at brukerne blir vurdert som *ikke motiverte*. Helse- og



sosialarbeiderne tar slik sett rollen som ”portvakter” (Terum, 2003), hvor portvaktens oppgave er å vurdere hvem som skal få tilgang til rettighetene og ikke. Dette mener jeg er temmelig særegent for rusmiddelfeltets instanser. Til sammenligning mister verken hjertepasienter, diabetikere eller suicidale pasienter behandlingsplassen om de får et hjerteinfarkt, får føling eller prøve å ta sitt eget liv mens de venter på behandling eller er innlagte. Hjertepasienter og diabetikere får heller ikke beskjed om at de *ikke er motivert* om de får et hjerteinfarkt eller får føling, mens de venter på behandling, slik det gjøres innenfor hjelpeapparatet i rusmiddelfeltet. Det er derfor grunn til å mene at brukere med illegale rusmiddelproblemer blir utsatt for en forskjell i møtet med hjelpeapparatet, som det er vanskelig å finne faglige begrunnelser for. Skule (2008) mener det *faglige ofte blir satt til side for myter om rusmiddelbrukerne*. Han mener at dette kan vise seg ved at brukere med rusmiddelproblemer sine egne forklaringer om hvordan rusmiddelproblemet deres utviklet seg, ofte blir sett på som unnskyldninger. Det er også vanskelig å tenke seg at en hjertepasient eller en diabetiker ville blitt tolket slik.

Etter min mening er det også grunn til å tro at brukere med rusmiddelproblemer har vært utsatt for en *forskjellsbehandling i lovverket til individuell plan*. Som redegjort før, var det med bakgrunn i brukere med rusmiddelproblemer og deres sammensatte og langvarige tjenestebehov at bestemmelsen om individuell plan også ble gjeldende for sosialtjenesten (Kjellevold, 2009). Dette skjedde, som tidligere omtalt først tre år *etter* at bestemmelsen trådte i kraft for helsetjenesten. Da bestemmelsen ble gjeldende for sosialtjenesten, ble *ikke sosialtjenestebrukerne gitt samme klageadgang* som brukere av helsetjenesten på manglende medvirkning (se punkt 2.1.4). Kort sagt, ble brukere av helsetjenester gitt muligheten til å begrunne sin klage i *egen opplevelse* av manglende medvirkning, mens sosialtjenestebrukerne må argumentere for at det må ha foregått en *saksbehandlingsfeil*. I praksis hadde ikke dette stor betydning, da brukerne som regel har behov for både helse- og sosiale tjenester, men myndighetene signaliserte *ulik* rettslig behandling. I Honneths (2008a) terminologi ville man kunne tolke det som at brukere av helsetjenesten som hadde individuell plan ble anerkjent som *rettslig autonome moralsk tilregnelig individer*, da *deres opplevelse av medvirkning* ble ansett som valid. Denne moralske tilregneligheten og validering av deres opplevelse av medvirkning ble ikke gitt brukere av sosialtjenesten. Det er ikke lett å vite hvilke

begrunnelser som lå bak forskjellsbehandlingen, da dette ikke er synlig i de relevante dokumentene. Man kan stille spørsmål om forskjellsbehandlingen kan knyttes til brukere med rusmiddelproblemer, da begrunnelsen for å innføre individuell plan i sosialtjenesten nettopp var disse brukerne. Kan det være den gamle diskursen om rusmiddelproblemer som mer selvforskyldt enn eksempelvis hjerteproblemer og sukkersyke som dukker opp? Selv om lovverket nå er endret indikerer forskjellen at myndighetene hadde et annet rettslig syn på sosialtjenestebrukere enn brukere av helsetjenesten. Denne forskjellsbehandlingen berørte i så fall mange brukere med rusmiddelproblemer, da mange av dem er sosialtjenestebrukere og langtidsmottakere av sosialhjelp. I 2006 var antallet langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp estimert til å være cirka 50 000 mennesker i Norge. Cirka 50 prosent av disse estimeres til å ha eller har hatt problemer med narkotika eller alkohol, samtidig som det antas at rusmiddelproblematikk blant langtidsmottakere av sosialhjelp er underrapportert (Helsedirektoratet, 2006). Forskjellsbehandling kan være vanskelig å forstå, og kan forstås som en form for *krenkelse av brukerne*.

Samfunnets stereotype omtale av rusmiddelbrukere, hjelpeapparatets forskjellsbehandling av brukere med rusmiddelproblemer og ulike rettsbestemmelser mener jeg er representative for samfunnets kulturelle forståelse av brukere med rusmiddelproblemer. Dette er ulike former for krenkelser som representerer en type *kulturell ringeakt*, som er preget av stereotype, negative og devaluerende holdninger som begrenser og setter rammer for hva som til en hver tid er legitime sosiale anerkjennelseskrav (Honneth, 2008c, s. 123). På den måten befestes brukernes lave status i samfunnet. I løpet av de siste årene har flere begynt å ta til motmæle mot denne kulturelle ringeakten for brukere med illegale rusmiddelproblemer, ikke bare i Norge, men også andre steder i verden. I Norge har politikere (blant annet tidligere helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen), forskere og fagfolk innen rusmiddelfeltet (Sandberg og Pedersen, 2010; Smith-Solbakken, Tunglund og Wallin Weihe, 2010; Smith-Solbakken og Wallin Weihe, 2011), pårørende (eksempelvis Stoltenberg, 2011) og brukerorganisasjoner som RIO (Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon) og FHN (Foreningen for en human narkotikapolitikk) tatt til ordet for en humanisering av dagens narkotikapolitikk som en reaksjon på den urett som de mener disse menneskene blir

utsatt for. Diskursen dreier seg om å styrke sentrale verdier som likeverd, demokrati, toleranse og medmenneskelighet i samfunnets måte å møte og behandle brukere med illegal rusmiddelbruk.

Det er vanskelig å tro at helse- og sosialarbeiderne i ansvarsgruppen ikke kan ha vært påvirket av denne kulturelle ringeakten, noe som kan ha influert og legitimert deres stereotype og devaluerende handlinger.

### 9.3 Relasjoner som hemmer og fremmer brukermedvirkning

Datamaterialet viste at det i løpet av arbeidsprosessen fremstod ulike former for relasjoner mellom helse- og sosialarbeiderne og brukerne. Disse har jeg valgt å dele inn i fire former basert på to dimensjoner for helse- og sosialarbeiderne og to dimensjoner for brukerne. Dimensjonene er *helse- og sosialarbeidernes ekspertorienterte tilnærming* og *helse- og sosialarbeidernes relasjonelt orienterte tilnærming*, og *brukerne som passive mottakere* og *brukerne som aktivt medvirkende*. Jeg gjør oppmerksom på at relasjonsformene kan fremstå noe karikerte, men hensikten er å demonstrere hva som *fremmet* og *hemmet* brukermedvirkning i disse relasjonene.

Den første formen for relasjon var preget av dimensjonene *helse- og sosialarbeidernes ekspertorienterte tilnærming* og *brukerne som passive mottakere*. Dette var den formen for relasjon som flere av brukerne refererte til at de hadde *erfart i tidligere møter med hjelpeapparatet*. Dette datamaterialet har ikke funn som viser hvordan helse- og sosialarbeiderne vurderte disse relasjonene, derfor er denne relasjonen kun basert på funn fra brukernes uttalelser. Funnene viste at brukerne opplevde at det var helse- og sosialarbeidernes kunnskap som var den dominerende. De opplevde ikke at det ble tilrettelagt for deres medvirkning, og deres fortrolighetskunnskap ble ikke etterspurt: ”Ingen har spurt om min mening før.” De ble passive mottakere for den hjelpen som helse- og sosialarbeiderne tilbød: ”De får bare styre på som de alltid har gjort.” De opplevde ikke at de ble involvert i hvilke tiltak som kunne endre deres livssituasjon. Dette kan tyde på

at disse relasjonene var preget av at helse- og sosialarbeiderne benyttet seg av teknikker og metoder som tilhørte en diagnostisk relasjon. Slike relasjoner er preget av helse- og sosialarbeidernes syn på seg selv som eksperter, og hvor de anlegger et ovenfra og ned perspektiv. Brukerne er for så vidt i søkelyset, men ut fra et menneskesyn preget av brukerne som *objekter* med hjelpebehov, og hvor det er helse- og sosialarbeiderne som besitter kunnskap om hva som ville kunne bistå brukerne best (Aamodt, 2003; Humerfelt, 2005a). Aamodt (2003, s. 155) skriver at dette er en "(...) arbeidsmåte der hjelperen ser på seg selv som ekspert. I denne rollen vil oppgavene være å behandle, forandre, veilede eller gi råd." Innen en diagnostisk tradisjon vil helse- og sosialarbeidernes fokus på å skape tillit og trygghet være knyttet til at brukerne skal kunne motta og nyttiggjøre seg den hjelpen som helse- og sosialarbeiderne tilbyr, og ikke for at brukerne skal kunne medvirke med sin fortrolighetskunnskap. Funnene viste at brukerne ikke hadde erfaring med at det ble tilrettelagt for deres medvirkning. De uttalte seg som passive mottakere: "Vi får bare ta til takke med det vi får." Utsagnet kan være relatert til mange sider av livene deres, som tidligere omtalt, men disse funnene er direkte knyttet til tidligere erfaringer i hjelpeapparatet. Derfor har jeg også valgt å tolke dem innenfor denne konteksten. Slik jeg forstår disse utsagnene er dette uttrykk for krenkelseserfaringer som kan ses i sammenheng med helse- og sosialarbeidernes ekspertorienterte tilnærming. I denne relasjonen ble *brukernes medvirkning hemmet* av helse- og sosialarbeidernes ekspertorienterte tilnærming, da en slik tilnærming innebærer en manglende rettslig og solidarisk anerkjennelse av brukernes individualitet, deres egenskaper og ferdigheter.

Den andre formen for relasjon var preget av dimensjonene *helse- og sosialarbeidernes relasjoneltorienterte tilnærming* og *brukerne som passive mottakere*. Denne relasjonen viste seg for det meste i *føroverveielsesfasen* og *overveielsesfasen*. Funnene tydet på at helse- og sosialarbeiderne la vekt på å skape en relasjon, hvor fokus for relasjonen var rettet mot å tilrettelegge for brukernes mulighet til å medvirke: "Det er viktig at vi klarer å få til en relasjon, som brukerne føler seg trygg i, så de kan få sagt sin mening." De vektla brukernes fortrolighetskunnskap som vesentlig og komplementær til egen viten og innsikt i vurdering og beslutning av aktuelle tiltak og mål i den individuelle planen. På denne måten var de opptatt av å skape en relasjon der brukerne ble møtt som *subjekter*. Funnene viste at helse- og sosialarbeidernes oppfordring til aktiv medvirkning var uvant

for enkelte av brukerne. De hadde tidligere erfaringer med den ekspertorienterte tilnærmingen, hvor de hadde vært passive mottakere, slik som i den første formen for relasjon. Dette bekreftet en bruker: ”Jeg skjønnte ingenting, de sa at jeg måtte si hva jeg mente. Hva *jeg* mente jeg trengte. De var der for å hjelpe meg sa de. Jeg som er vant med å si ja og nei etter som jeg tenkte det passet. Jeg er ikke vant med å si min mening, de har aldri hørt på den før.” Utsagnet vitner om at brukerne hadde liten erfaring med at deres meninger og opplevelser hadde en verdi. Funnene viste at enkelte av brukerne mer eller mindre opprettholdt tilhørigheten til de moralske kategoriene de var vant med, som om de ennå var gjeldende for dem. De holdt fast ved et negativt selvforhold ved å være passive mottakere, i form av en tilpasset, skeptisk, unnvikende eller passiv deltakelse: ”Det er greit at de bestemmer, jeg vil ikke være til bry” eller ”Jeg bryr meg ikke, de kan bare holde på, de har aldri hørt på meg før, så hvorfor nå?” Andre viste tegn på at de gjerne ville ut av den moralske kategorien de var vant med, men slet med å vite til hva og hvordan de skulle medvirke: ”De sier at det skal være sånn brukermedvirkning, men jeg skjønner ikke helt... hva er det jeg skal?” Dette er funn som stemmer overens med Michaelsen, Vatne og Hollingsens (2007) undersøkelse. Brukernes utsagn vitnet om at de hadde utviklet redusert tro på seg selv eller sin evne til å medvirke. I denne formen for relasjon var helse- og sosialarbeidernes tilnærming preget av at de la vekt på å synliggjøre sin anerkjennelse av brukerne. Helse- og sosialarbeiderne prøvde å virkeliggjøre den rettslige og solidariske anerkjennelsen av brukerne. Det som *hemmet brukermedvirkning* var slik jeg tolker det i et anerkjennelseperspektiv brukernes tidligere krenkelseserfaringer i hjelpeapparatet. For enkelte av brukerne var det disse krenkelseserfaringene som vanskeliggjorde deres mulighet til å motta helse- og sosialarbeidernes anerkjennelse, da erfaringene forhindret dem i selv å anerkjenne helse- og sosialarbeiderne. De trengte tid til å etablere og utvikle tillit og trygghet til helse- og sosialarbeiderne for å kunne medvirke.

Den tredje relasjonen innebar dimensjonene, *helse- og sosialarbeidernes relasjoneltorienterte tilnærming* og *brukerne som aktivt medvirkende*. Funnene viste at dette var den relasjonen som for det meste preget *forberedelsesfasen* mellom brukerne og de interne helse- og sosialarbeiderne i utarbeidelsen av den individuelle planen. Helse- og sosialarbeiderne synliggjorde deres rettslige og solidariske anerkjennelse av

brukerne ved å tilrettelegge for deres mulighet og rett til medvirkning. De forholdt seg til brukerne som individuelle *subjekter*. Funnene viste at brukerne opplevde relasjonen trygg og tillitsfull nok til også å åpne opp for vanskelige og sensitive tema. Deres fortrolighetskunnskap ble ansett som verdifull i samspill med helse- og sosialarbeidernes viten og innsikt. Sammen besluttet de hvilke mål og tiltak som skulle nedfelles i utkastet til den individuelle planen. Denne gjensidige anerkjennelsen av hverandres kunnskap bidro til at relasjonen var preget av symmetrisk verdsetting (Honneth, 2008a, s. 138). Funnene viste at dette var en relasjonen hvor begge dimensjoner *fremmet* brukermedvirkning.

Den siste og fjerde formen for relasjon bestod av helse- og sosialarbeidernes *ekspertorienterte tilnærming*, med brukerne som *aktivt medvirkende*. Dette var en relasjon som ble fremtredende i *handlingsfasen* og i ansvarsgruppen. Funnene viste at de eksterne helse- og sosialarbeiderne la vekt på en tilnærming som hadde mye til felles med den første formen for relasjon. De forholdt seg til sin ekspertkunnskap, og i ansvarsgruppen viste enkelte av de eksterne helse- og sosialarbeiderne at deres holdninger og handlinger var tett koblet til institusjonens programmer og regelverk. Brukerne ble *objekter* for deres handlinger. Funnene viste at den ekspertorienterte tilnærming representerte en kontrast til den relasjonelt orienterte tilnærmingen brukerne hadde erfaringer med fra tidligere faser i arbeidsprosessen med individuell plan. Da hadde de opplevd at de kunne være aktivt medvirkende og dele sin fortrolighetskunnskap i en relasjon preget av tillit. De kunne ta opp temaer om sine reelle liv, eksempelvis om bruk av rusmidler uten at det førte til sanksjoner fra helse- og sosialarbeiderne (Jf. tredje relasjonsform). I den ekspertorienterte tilnærming i ansvarsgruppen opplevde brukerne at de kom i situasjoner hvor de måtte *bevise* sin rett til å bli hørt og respektert. Deres fortrolighetskunnskap ble mistenkeliggjort og utsatt for negative konsekvenser. Funnene viste at krenkelseserfaringene var gjenkjennelig fra tidligere møter i hjelpeapparatet, noe som bekreftet og reetablerte brukernes tidligere negative selvforhold. Funnene viste at de fikk opplevelse av å være av liten verdi. De sa: ”Ingen har hørt på oss før heller, vi er vant med å bli behandla som om vi ikke er noe verdt. Det er ikke noe nytt”. De eksterne helse- og sosialarbeidernes manglende anerkjennelse representerte en krenkelse. Honneth mener dette betegner: ”(...) en atferd som

representerer en urett som (...) snarere betegner et aspekt ved en skadelig atferd hvor personene krenkes i sin intersubjektive ervervede positive selvforståelse.” (Honneth, 2008a, s. 140). Funnene viste at krenkelsene fylte brukerne med avmakt. De oppfattet seg uriktig behandlet, da de visste at de hadde en legitim rett til å medvirke, noe de hadde fått bekreftet av de interne helse- og sosialarbeiderne tidligere i arbeidsprosessen. Det handler om å bli fratatt å delta i fellesskapets institusjonelle orden på lik fot med andre (Honneth, 2008d, s 142). Funnene i denne relasjonen viste at brukermedvirkning ikke er mulig hvis ikke helse- og sosialarbeiderne tilrettelegger for det, til tross for at brukerne i utgangspunktet er klare og motiverte for å medvirke. Det vil si at helse- og sosialarbeidernes ekspertorienterte tilnærming *hemmet* brukermedvirkning, da denne tilnærmingen førte til krenkelser av brukerne, både rettslig og solidarisk.

Disse fire relasjonene fremstilles under i en modell:

|                           |  | HELSE- OG SOSIALARBEIDERNE  |  |
|---------------------------|--|---|--|
| BRUKERNE                  | Ekspertorientert tilnærming  | Relasjoneltorientert tilnærming   |  |
| <b>Passive mottakere</b>  | <b>1. Relasjon:</b><br>Brukermedvirkning <i>hemmes</i> , av begge parter | <b>2. Relasjon:</b><br>Brukermedvirkning <i>hemmes</i> mer eller mindre av brukernes tidligere krenkelseserfaringer |  |
| <b>Aktivt medvirkende</b> | <b>4. Relasjon:</b><br>Brukermedvirkning <i>hemmes</i>                   | <b>3. Relasjon:</b><br>Brukermedvirkning <i>fremmes</i> av begge parter   |  |

Fig. nr. 9: Modellen viser fire ulike former for relasjoner mellom bruker og helse- og sosialarbeider, hvor brukermedvirkning *hemmes* og *fremmes*.

Funnene i dette datamaterialet viste at disse fire formene for relasjoner bidro på hvert sitt vis til å *hemme* og *fremme* brukermedvirkning. Det som *hemmet* brukermedvirkning viste seg å være knyttet til helse- og sosialarbeidernes ekspertorienterte tilnærming, hvor brukerne verken ble rettslig eller solidarisk anerkjent. Dette påvirket relasjonen direkte i første og tredje relasjonsform, og indirekte i andre relasjonsform.

For å forstå hva som *hemmet* brukermedvirkning vil jeg i det følgende først ta for meg *den ekspertorienterte tilnærmingen* i et anerkjennelsesperspektiv, i lys av enkelte

ontologiske og epistemologiske elementer. Den ekspertorienterte tilnærmingen er fundert i en ontologisk og epistemologisk holdning, hvor brukernes virkelighet blir forstått ut fra gruppetilhørighet. Kunnskapens validitet og reliabilitet vurderes og graderes etter hvem som besitter kunnskapen, og hvordan den er blitt ervervet. Dette representerer en ontologisk holdning, hvor helse- og sosialarbeiderne tar for gitt at de vet hvordan brukerne opplever sin situasjon og hvilke behov de har for tiltak. I en ekspertorientert tilnærming har en tro på, og anvender sin egen kunnskap som den dominerende. Den anses som innholdsrik nok til å vurdere og beslutte hvilke løsninger som er best til å løse brukernes livssituasjon. Helse- og sosialarbeiderne holder fast ved sin virkelighetsforståelse og viser liten vilje til å ta i mot alternative forståelse (Alm Andreassen, 2005). Brukerne blir på det viset objekter for helse- og sosialarbeidernes forståelse og handlinger, jamfør funnene som i handlingsfasen viste at brukernes meninger ikke ble vektlagt. Å bli behandlet som et objekt har mye til felles med *reifisering*. Dette er et sterkt begrep og defineres det helt bokstavelig mener Honneth at det sjelden eksisterer, da reifisering i streng forstand innebærer: "(...) a rather improbable social case in which a subject violates not only existing norms of recognition, but the antecedent condition itself, by not even perceiving or treating the other as a "fellow human being" (Honneth, 2008b, s. 154). Det er vanskelig å si at brukerne i handlingsfasen ikke ble behandlet som mennesker, men tilnærmingen fra enkelte av helse- og sosialarbeiderne har noen fellestrekk med reifisering. Den definisjonen som legges til grunn her er en noe mildere definisjon, som henviser til å gjelde når: "(...) other persons are treated *as if* they were mere things - is part and parcel of some of the more intensified forms of human action." (Honneth, 2008b, s. 157). Denne formen for reifisering skjer gjennom en praksis som er rutinepreget og blir en vane, da "glemmer" (forgetfullnes) en den opprinnelige anerkjennelse av andre: "It is only when these practices become routine and habitual, however, that they can move us to "forget" all our original recognition and treat the other as a mere thing" (Honneth, 2008b, s. 157). At en glemmer anerkjennelsen innebærer en avstandstaken og en instrumentell tilnærming til den enkelte bruker og brukerne. Dette skjer, som i ansvarsgruppen når normene for denne atferden internaliseres gjennom rutiner og vaner, og dette bidrar til å legitimere helse- og sosialarbeidernes forståelse og handlinger. For individet skjer reifisering, når det nektes anerkjennelse: "A system of behavior develops in which the members of particular groups of individuals come to be treated



as things because their antecedent recognition is retroactively denied.” (Honneth, 2008b, s. 81). Å nektes anerkjennelse innebærer å bli usatt for *usynliggjøring*. Dette viste seg blant annet i ansvarsgruppen, da brukerne opplevde at deres fortrolighetskunnskap ble ignorert og de eksterne helse- og sosialarbeiderne var mer opptatt av å følge institusjonens regler om å få brukerne i arbeid, enn å følge brukernes meninger som var nedfelt i den individuelle planen. En bruker sa: ”De tror jeg kan gå rett ut i jobb, for det skal alle etter tre måneder. Slik er det bare. Men det står i min plan at jeg skal ikke tenke på jobb før om et halvt år. Jeg har så mye annet jeg må gjøre før jeg kan klare å jobbe.” Reifisering er ikke bare et brudd på en norm overfor enkeltindividet, men i seg selv et brudd på elementære moralske forhold i vårt samfunn (Honneth, 2008b, s. 149). Honneth mener reifisering kan hemme muligheten for utvikling av et sosialt rettferdig samfunn, da et rettferdig samfunn innebærer at et hvert individ har et moralsk krav på å bli anerkjent for det individet en er.

En praksis preget av reifisering bidrar derfor til at helse- og sosialarbeiderne blir de dominerende, og brukerne blir passive mottakere. Reifisering i relasjoner preges derfor av en enveis praksis (Honneth, 2008b, s. 81), hvor *anerkjennelse* er umulig, da anerkjennelse fordrer gjensidighet. Helse- og sosialarbeidernes forståelse er enerådende og derfor tilrettelegger de heller ikke for brukernes medvirkning. Dette bekreftes i Jenssens avhandling (2009), hvor hun konkluderer med at sosialarbeidernes tradisjon for å se seg selv som problemløsere og eksperter hemmer brukermedvirkning og bidrar til at helse- og sosialarbeiderne handler på vegne av brukerne.

Funnene viste at for enkelte av brukerne som hadde opplevd den ekspertorienterte tilnærming tidligere, slik som i andre relasjonsform, fikk dette konsekvenser for brukernes vilje, interesse eller lyst til å medvirke, selv i senere relasjoner hvor det ble tilrettelagt for deres medvirkning. Dette er funn som kan få betydning for brukernes interesse av den individuelle planen, og som bekreftes i andre studier (Westerlund og Bjørgen, 2010). Samtidig må det her tas høyde for at brukere med omfattende og langvarige rusmiddelproblemer kan ha mange andre problemer som kan være årsak til deres passive rolle. Dette omtales videre under hva som fremmet medvirkning. Kort

sagt viste funnene at den ekspertorienterte tilnærmingen både direkte og indirekte er *hemmende* for brukermedvirkning.

Funnene viste at brukermedvirkning krevde en *relasjonellorientert tilnærming* preget av en ontologisk holdning som ivaretok brukernes subjektive forståelse av virkeligheten og sin personlighet. Helse- og sosialarbeidernes forståelse av menneskets opplevelser og meninger skjer i interaksjonelle prosesser med andre og er påvirket av deres sosiale, kulturelle og historiske tilhørighet. Deres tilnærming til brukerne må ta høyde for at det eksisterer et mangfold av virkeligheter, som er subjektive og unike, til tross for at det også eksisterer en intersubjektiv virkelighet som kan oppleves som objektiv. Funnene viste at når helse- og sosialarbeiderne klarte å innta et *todimensjonalt brukerperspektiv* (se punkt 2.2.3), hvor de både ivaretok et *faglig brukerperspektiv* og *brukernes perspektiv* klarte de å tilrettelegge for brukermedvirkning. Her benyttet de seg henholdsvis av en ovenfra og ned- og nedenfra og opp synsvinkel, hvor de anvendte sin viten og innsikt om det som brukere med rusmiddelproblemer har felles, samtidig som de vektla brukernes forståelse av seg selv og sin situasjon for å tilrettelegge for den enkelte brukers medvirkning (Hanssen, Humerfelt, Kjellebold, Norheim og Sommerseth, 2010). Dette er ikke så ulikt det som Jarhaug (2001) kaller for *med* kunnskapen som er personlig og sosial, i motsetning til *for* kunnskapen som er intellektuell og instrumentell, og kan relateres til den ekspertorienterte tilnærmingen. Det handler også om å snu oppmerksomheten fra helse- og sosialarbeiderne til brukerne (Thommesen, Normann og Sandvin, 2008).

Funnene viste at brukerne opplevde å medvirke da de så at det som stod i den individuelle planen var i tråd med deres meninger. De opplevde at deres kunnskap ble vurdert som valid og reliabel sammen med helse- og sosialarbeidernes viten og innsikt til å vurdere og å beslutte hvilke tiltak og mål den individuelle planen skulle inneholde. Brukernes medvirkning var betinget av helse- og sosialarbeidernes anerkjennelse, som de synliggjorde gjennom skryt og ros. Disse funnene kan relateres til tredje relasjonsform, som var preget av aktivt medvirkende brukere. Honneth (2008a, 138) mener at det er respekten for hverandres egenskaper og ferdigheter som kan bidra til etablering av en symmetrisk likeverdig relasjon. Det handler om at de i felleskap

utvikler en intersubjektiv forståelse av brukernes situasjon i fortid, nåtid og fremtid. Dette er funn som stemmer godt overens med Rises funn som viser at respekt, dialog og felles beslutning er kjerneaspekter i brukermedvirkning (Rise, 2011). Etter min mening dreier brukermedvirkning seg om en epistemologisk forståelse av at kunnskapsproduksjon skjer i interaktive prosesser. Samtidig viste også funnene at til tross for helse- og sosialarbeidernes relasjoneltorienterte tilnærming hvor de tilrettela for brukernes medvirkning, så medvirket brukerne allikevel ikke på grunn av deres tidligere negative erfaringer i hjelpeapparatet, slik som i andre relasjonsform. Funnene viste at i disse relasjonene mente helse- og sosialarbeiderne at det var særlig viktig med tillit og trygghet, og ikke ”gå” fortere frem enn brukerne var rede for. Oppsummert viste funnene at en relasjoneltorientert tilnærming *fremmet* brukermedvirkning, ved at brukerne opplevde både rettslig og solidarisk anerkjennelse som ivaretok deres individualitet.

Innen helse- og sosialt arbeid eksisterer mange former for relasjoner, men det var disse fire relasjonsformene som var mest fremtredende i dette materialet. Funnene i denne studien viste at brukermedvirkning i arbeidet med individuell plan *er mulig* med brukere med rusmiddelproblemer. Riktignok viste funnene at det var enklere for begge parter å inngå i en grad av medvirkning preget av partnerskap med brukere som arbeidet med å ta kontroll over sine rusmiddelvaner, men funnene viste og at det var mulig med dem som var mer ambivalente til endring.

Det problematiske med å iverksette brukermedvirkning i samhandling med brukere med rusmiddelproblemer kan ikke ensidig knyttes til brukernes atferd, som en ofte kan høre fra ulike hold. Det er klart at brukere med rusmiddelproblemer kan ha en utfordrende atferd. Samtidig kan er ikke se bort fra at helse- og sosialarbeidernes holdninger også kan skape problematiske situasjoner hvor brukerne reagere med frustrasjon og aggresjon, slik som funn i denne studien viser. Det mest problematiske med å tilrettelegge for brukermedvirkning med brukere med rusmiddelproblemer er, etter min mening når arbeidet krever koordinering med andre etater. Dette er særlig utfordrende, da det er grunn til å mene at flere institusjoner innen rusmiddelfeltet er preget av samfunnets kulturelle ringeakt, noe som preger helse- og sosialarbeidernes tilnærming

til den enkelte bruker. Dette får konsekvenser for brukernes medvirkning, da samfunnets kulturelle forståelse av brukere med rusmiddelproblemer og deres mulighet og evne til å medvirke eller ikke, setter en ramme, en sosial ordensstruktur for hva som er legitime anerkjennelseskrav. Honneth (2008c, s. 123) skriver: "Som for alle andre samfundsformer gælder det også for denne sociale ordenstruktur, at spillerummet for socialmorske forestillinger er begrenset af de principper, der til enhver tid bestemmer legitimiteten av sociale anerkendelseskrav." I lys av dette er oppmerksomheten som politikere, forskere, fagfolk og pårørende retter mot samfunnets kulturelle ringeakt til brukere med rusmiddelproblemer et nyttig bidrag for å utvikle prinsipper som legitimerer helse- og sosialarbeidernes tilrettelegging for brukernes medvirkning. I det store og det hele dreier brukermedvirkning seg som et hjelpeapparat som tilpasser seg brukernes behov, i stedet for et hjelpeapparat som krever at brukerne skal tilpasse seg systemet.

## Kapittel 10 Avslutning

### 10.1 Avsluttende kommentarer

Denne studien hadde en problemstilling som fokuserte på om individuell plan er et *nyttig redskap* for brukere med rusmiddelproblemer som har sammensatte og langvarige hjelpebehov. Dette er søkt å besvare med underspørsmålene om individuell plan fører til *koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester* til brukerne og i lys av *hva som fremmer og hemmer brukernes medvirkning* i utarbeidelsen og oppfølgingen av individuell plan, og hva som eventuelt kunne være *utfordrende* i denne sammenhengen med *brukere med rusmiddelproblemer*.

I denne undersøkelsen var det ingen av brukerne som opplevde at individuell plan førte til målsettingen om koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester, og dermed viser heller ikke denne studien til om individuell plan kan være et *nyttig redskap*, i ordningens rette forstand. Allikevel viser funn at enkelte av brukerne mente planen var nyttig som en "livsplan", da den bidro til en oversikt over mål og tiltak, og systematisk arbeid. Brukernes medvirkning og aktive deltakelse i utarbeidelsen av planen bidro til at brukerne ble mer bevisst sine mål og tiltak. Det som viste seg å være komplisert var oppfølgingen av individuell plan når flere av hjelpeapparatets helse- og sosialarbeidere skulle møttes i ansvarsgruppen for å samhandle og koordinere tjenestene. Representanter fra ulike institusjoner i rusmiddelfeltet hadde ulik forståelse av individuell plan og hvilken betydning denne skulle tillegges i oppfølgingen av den enkelte brukeren. I denne studien gjaldt dette særlig helse- og sosialarbeiderne som representerte LAR som hadde en ekspertorientert tilnærming preget av en regel- og programorientert praksis. Flere av helse- og sosialarbeiderne prioriterte ikke å være tilstede i ansvarsgruppen. Brukernes fortrolighetskunnskap som var nedtegnet i den individuelle planen ble devaluert og usynliggjort. Generelt var oppfølgingen i handlingsfasen preget av en mangelfull oppmerksomhet mot brukernes medvirkning og den individuelle planen. Dermed ble heller ikke den individuelle planen "den ledestjernen" som brukerne hadde forventninger om at den skulle bli.

Det er som er nytt i denne studien er at den bidrar med kunnskap om *brukernes reaksjoner* på helse- og sosialarbeidernes krenkelser. Funnene viste at helse- og sosialarbeidernes mangelfulle praksis *påvirket brukernes selvforhold i negativ retning og svekket deres håp om en bedre fremtid*. Dette mener jeg er alvorlige funn, da et positivt selvforhold og håp om en bedre fremtid er av avgjørende betydning for menneskets selvrealisering og integrering i samfunnet.

Det som også er nytt i denne studien er at den bidrar med kunnskap om relasjonen mellom brukerne og helse- og sosialarbeiderne gjennom *hele arbeidsprosessen* med individuell plan. På den måten bidrar denne avhandlingen med kunnskap om begge parters opplevelser og meninger om hva som fremmet og hemmet brukervedvirkning både i utarbeidelsen og i oppfølgingen av den individuelle planen. Funnene viste at brukervedvirkning er mulig, både med brukere som arbeider med å få kontroll over sitt rusmiddelbruk og i stor grad brukere som viste mer ambivalens til dette. Brukervedvirkning fremmes når helse- og sosialarbeidernes tilnærming er relasjonelt og brukerorientert på den måten at brukernes fortrolighetskunnskap anerkjennes og er sentral i utforming av tiltak og mål. Det som hemmer brukervedvirkning er knyttet til en ekspertorientert tilnærming hvor brukernes fortrolighetskunnskap underkjennes og helse- og sosialarbeidernes kunnskap er rådende. Samtidig viser funnene at brukervedvirkning kan være uvant for brukere med rusmiddelproblemer som har vært lenge i hjelpeapparatet. Tidligere erfaringer med den ekspertorienterte tilnærmingen fører til at de kan ha behov for tid og trygghet før de benyttet seg av sin mulighet til medvirkning. Dette krever også et hjelpeapparat som er åpent for brukernes beskrivelser av sin situasjon, innbefattet sitt faktiske rusmiddelbruk. For at brukerne skal tørre å være ærlige er det avgjørende at de ikke blir møtt med sanksjoner, da det er av vesentlig betydning at den individuelle planen baseres på brukernes reelle livssituasjon. Samtidig viste også funnene at brukervedvirkning kan være komplisert med brukere som møter rusmiddelpåvirket, hvor de og helse- og sosialarbeiderne ikke klarer å enes om tiltak og mål.

Helse- og sosialarbeidernes ulike forståelse av individuell plan og fokus på brukervedvirkning kan som tidligere beskrevet ha vært påvirket av at enkelte av helse-

og sosialarbeiderne deltok i denne studien som medforskere og andre ikke. Funnene tyder på at de eksterne helse- og sosialarbeiderne manglet kunnskap om individuell plan. Samtidig viste funnene at dette også var tilfelle for de interne helse- og sosialarbeiderne før de ble deltakere i denne studien. Dette til tross for at sosial- og helsedirektoratet og andre aktører har arrangert en mengde seminarer og kampanjer. I disse tider hvor samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47) skal iverksettes er dette funn som utfordrer myndighetenes fokus på avtaler mellom de ulike instansene og ledernes ansvar for å lykkes med koordinering og samhandling. Denne avhandlingen bidrar med kunnskap om at de interne helse- og sosialarbeiderne lærte mye om individuell plan og brukermedvirkning gjennom sin medforskningsrolle i datainnsamlingsprosessen. Disse funnene viser at det er gunstig for helse- og omsorgstjenesten å iverksette forskningssamarbeid som er handlingsorientert, for forskningsdesignet bidro til at kunnskap om individuell plan ble implementert i praksis. For at kunnskapen skal kunne bli implementert i flere etater og ikke bare på et kontor som i denne studien, kan det være en idé og ta utgangspunkt i *en* enkelt bruker og inkludere de eksterne helse- og sosialarbeiderne etterhvert som de involveres i brukerens plan. På den måten kan aktørenes ulike forståelse av den individuelle planens betydning i utarbeidelsen og oppfølgingen bli utfordret og utforsket i den reelle praksis. Dette kan bidra til utvikling og implementering av en mer felles forståelse av den individuelle planen.

## **10.2 Brukernes 10 råd for arbeidet med individuell plan**

I flere offentlige meldinger går det frem at brukernes perspektiv er av betydning for å sikre kvaliteten på tjenestene (Eksempelvis: Sosial- og helsedirektoratet, 2004; Sosial- og helsedirektoratet, (2005a); St.prp. nr. 1 (2007–2008)). Samtidig viser forskning at brukernes perspektiv er lite etterspurt og viet oppmerksomhet i forskning og rapporter. Blant annet kommenterer Aaslid dette i sin avhandling “(...) drawn to the voice which has been consistently muted and distorted, if included at all in the current monopoly of politically correct drug discourse.” (Aaslid, 2007, s. vii). Ninni Stoltenberg gikk i sin rapport sterkt ut mot den manglende interessen for brukernes stemmer: ”Det fortøner seg komplett besynderlig at ingen – ingen! – etter 30 år med så mislykket narkotikapolitikk på alle plan, har

tenkt på å spørre menneskene det gjelder selv. Spørre de egentlige ekspertene, de virkelige fagfolka på seg selv og sitt eget liv” (Stoltenberg, 2006, s. 26).

Jeg vil derfor la brukerne komme til ordet her som en avslutning på denne avhandlingen. Dette i form av deres ti råd for hva som skal til for at individuell plan skal kunne bli til noe mer enn en ”livsplan”, men et nyttig verktøy i deres arbeid med å realisere sine mål i livet. Disse rådene kommenteres kort underveis, og på den måten fungerer dette som en oppsummering av funnene i studien og angir funnenes mulige implikasjoner for ny praksis.

### **10.2.1 Råd 1: Ha tro på oss og informer oss om individuell plan fra dag en**

***”Informer oss fra dag en om individuell plan, en dag synker det inn, bit for bit.”***

I denne studien ble alle brukerne med rusmiddelproblemer som innfridde kriteriene for å ha rett på individuell plan tilbudt en slik. Dette handlet om ikke å forhåndsvurdere hvem som kunne tenkes å ha nytte av en individuell plan. Derfor ble det ikke tatt hensyn til om brukerne arbeidet for å endre sine rusmiddelvaner eller ikke. Både brukerne som arbeidet for å ha kontroll over sitt rusmiddelbruk og de som var mer ambivalente til dette mente at det var sentralt å tilby, å informere og å arbeide med individuell plan overfor alle brukere. De mente dette også var viktig overfor brukere som aktivt brukte rusmidler og som viste liten interesse for å endre sitt rusmiddelorienterte liv. Brukerne sa: ”Når det ser ut som jeg minst trenger det, informer meg om individuell plan.”

### **10.2.2 Råd 2: Ta hensyn til dårlig hukommelse og konsentrasjonsproblemer**

***”Det er viktig å gjenta for oss hva som ble sagt sist, men gjenta det uten å bli sur, for da slipper vi å late som vi husker det...”***

Flere av brukerne refererte til at de hadde dårlig hukommelse, som de begrunnet med sitt omfattende rusmiddelbruk. De mente at det ikke var viljen det stod på, men deres



evne. De sa at de stort sett prøvde å konsentrere seg, men av og til hjalp det ikke, da de opplevde at informasjonen de hadde fått forsvant for dem. De sa: ”Det er viktig at vi blir minnet på det (informasjon om individuell plan) hele tiden, for vi har ikke så god hukommelse, minn oss på det fra første dag på sosialkontoret, hva den planen kan inneholde, slik som nettverk, økonomi, jobb....”

### **10.2.3 Råd 3: Én person, som en kan snakke med intime ting om**

***”Det må være én person som vi kan forholde oss til. Det er grenser for hvor mange ganger jeg skal brette ut mitt liv, det er jo ganske intime ting vi må snakke om.”***

Brukerne opplevde at det var vesentlig å ha en bestemt person som fulgte de opp i arbeidet med individuell plan. Dette var for det første knyttet til at de opplevde det belastende å fortelle sin historie gjentakende ganger. For det andre opplevd de at utarbeidelsen av individuell plan krevde at de berørte sensitive temaer som de trengte tid og trygghet for å åpne opp for. De sa: ” En må kjenne folk før en kan fortelle at en har den verkebyllen i skrittet etter skudd, det er ganske privat.”

### **10.2.4 Råd 4: Vi må kunne være ærlige om at vi ruser OSS**

***”Jeg kan ikke lyve om at jeg ruser meg, da blir jo alt bare på lissom”***

Brukerne hadde erfaring med at hjelpeapparatet iverksatte sanksjoner hvis de var ærlige om at de brukte rusmidler. Derfor kunne det ta tid før de turte å være ærlige om dette. Dette var en utfordring for dem, for de var på en måte blitt vant med å skjule denne siden av livet sitt, samtidig som de mente det var vesentlig for den individuelle planen at den var basert på deres faktiske situasjon. De sa: ”Du vet, når du har gått her i flere år, så vender en seg til å holde det (rusmiddelbruket) for seg selv, for en vet jo hvordan det kan gå... men jeg skjønner jo nå at en er nødt til å være ærlig hvis den planen skal ha noe poeng.”

### 10.2.5 Råd 5: Bruk et forståelig språk

***”Det er viktig at det brukes ord som vi forstår.”***

Brukerne kunne til tider ha problemer med å forstå hva som lå i ulike begrep som gjerne ble brukt, slik som mål, delmål og tiltak. De mente at det måtte være mulig å forklare disse begrepene med enklere ord: ”Det er viktig at vi forstår ordene, kan ikke være så vanskelig, er ikke dette ord (mål og tiltak) som handler om hva er det vi vil og hva er det som må gjøres for å klare det?”

### 10.2.6 Råd 6: Bruk planen på møtene som dagsorden

***”Så sitter vi på møter og avtaler, og så glipper ting til neste møte, men så har vi planen, og der er alt nedskrevet.”***

I denne studien var det et mål å benytte den individuelle planen som dagsorden på ansvarsgruppemøter med brukerne og helse- og sosialarbeiderne. Dette var en av anbefalingene som var skrevet i internveilederen for å holde den individuelle planen ”levende”. Funnene viste at på den måten fikk både brukerne og helse- og sosialarbeiderne et nært forhold til innholdet i planen. Begge parter opplevde at dersom den individuelle planen ble brukt som dagsorden på møtene, bidro dette til at arbeidet ble mer systematisk og strukturert. Brukerne sa: ”Det er så lett å glemme hva vi snakket om sist, ingen husker det.”

### 10.2.7 Råd 7: Planen må justeres hele tiden

***”Det er ingen vits med en individuell plan hvis den ikke er i takt med livet vårt, da blir jo det som står der feil.”***

Brukerne opplevde både at den individuelle planen ble jevnlig evaluert og ikke. Når den ikke ble oppdatert, betydde dette at planen heller ikke ble brukt. På den måten ble den individuelle planen kun et dokument som lå i et eller annet arkiv, og som ikke speilet brukernes individuelle og aktuelle situasjon. Brukerne sa: ”Hvis planen ikke justeres, så er det ikke noe poeng å lage den i det hele tatt.”

En annen grunn for at brukerne mente at justering var viktig var at dette kunne redusere noe av belastningen de følte ved å gjenta sin situasjon til nye helse- og sosialarbeidere: ”Hvis jeg hadde fått inn en fra A- etat inn i ansvarsgruppen og han leser planen, så kan planen være bra redskap for meg, hvis den er oppdatert, for da kan planen gjøre det letter for meg. Det er veldig vanskelig å fortelle alt mange ganger, og for en vanlig person å sette ord på alt. Han (helse- og sosialarbeideren) kan gjerne ikke stille på et møte, men har man planen kan han lese om hvem jeg er, hva jeg vil og drømmer om, hva jeg har gjort før, hvilke forutsetninger jeg har.”

### **10.2.8 Råd 8: Prioriter å delta på ansvarsgruppemøtene**

***”Alle de som er med må komme på møtene hver gang og være der hele tiden.”***

Brukerne mente at representantene for de ulike etatene måtte prioritere å delta i ansvarsgruppemøtene. Når enkelte representanter ikke kom, mente brukerne at de ble forsinket i oppfølgingen og prosessen med å nå sine mål. Brukerne sa: ”Det nytter ikke å si at de ikke har tid til å komme på møtene, da stopper alt opp.”

### **10.2.9 Råd 9: Ta ansvar for å gjennomføre planlagte tiltak, men også følge dem opp videre**

***”Det som er viktig for en misbruker som trenger hjelp fra en gruppe mennesker, er at det blir satt i system. Det må være mer forpliktende å følge opp det som står i planen.”***

Funnene viste at helse- og sosialarbeiderne ikke nødvendigvis fulgte opp tiltak. Det gjaldt både tiltak som de selv var ansvarlige for å gjennomføre, men også tiltak som brukerne var ansvarlige for å prøve ut, men som av ulike grunner ikke lot seg gjennomføre og derfor burde vært fulgt opp med alternative tiltak. Brukerne sa: ”De må følge opp det som vi er blitt enige om at de skal gjøre og vi må gjøre det vi skal gjøre, men går det ikke så må de følge opp det og, for det er jo mange grunner til at vi ikke får det til, det kan jo rett og slett være umulig.”

### **10.2.10 Råd 10: Felles forståelse av individuell plan**

***”Jeg mener individuell plan burde være en ledestjerne, men da må alle etatene dra i samme retning.”***

Samarbeidspartenes manglende felles forståelse bidro til at den individuelle planen ikke ble et verktøy for koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester. Brukernes fortrolighetskunnskap ble ignorert, og etatene var uenige seg i mellom om hvilken status den individuelle planen skulle ha for den videre oppfølgingen. Brukerne sa: ”Hvis den individuelle planen skal være til hjelp for oss, da må etatene ta individuell plan på alvor. De må forstå den som noe av det samme, for bare da kan individuell plan bli noe som alle kan forholde seg til.”

## Referanseliste

### Litteraturliste

- Abbott, P.J. (2010). Case management; ongoing evaluation of patients' needs in opioid treatment program. I: *Professional Case Management*, Volume 15, Issue 3, may 2010, Pages 145-152.
- Alexander, J. A., Nahra, T.A. Lemark, C.H, Pollack H, Campell, C.I. (2008). Tailored treatment in the outpatient substance abuse treatment sector: 1995-2005 I: *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 34, April 2008, Pages 282-292).
- Alexander, J.A, Pollack, H., Nahra, T., Wells, R., Lemark, C.H. (2007). Case management and client access to health and social services in outpatient substance abuse treatment. I: *Journal of Behavioral Health Services and Research*. Volume 34. Issue 3. July 2007. Pages 221-236.
- Alm Andreassen, T. (2004). Brukermedvirkning i praksis. Faglig fortolkning av politiske mål. I: Dahle, R., Thorsen, K. (red.) (2004). *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Alm Andreassen, T. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid med brukervalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Amundsen, E.J. (Red) (2010). *Hva er misbruk og avhengighet?* Oslo. SIRUS-Rapport nr 4/2011.
- Andenæs, A. (1995). *Foreldre og barn i forandring*. Dr. avhandling. NTNU. Trondheim.
- Andersson, B. og Bjerkman, A. (1999). *Mellan myndighet och familj. En kvalitativ undersökning av familjrådslag i Sverige*. Stockholm. FoU-rapport 1999:27. Socialtjänstförvaltningen.
- Andvig, E. (2006). *Individuell plan for barn og unge: rapport fra 3 dialogkonferanser*. Høgskolen i Vestfold. Tønsberg: Notat 1/2006.
- Arnstein, S. (1969). A Ladder of Citizen Participation. I: *Journal of the American Institute of Planners*. Vol. 35, July; 216- 224.
- Askheim, O.P. (2009). Brukermedvirkning - kun for verdige trengende? Om brukermedvirkning på rusfeltet. I: *Tidsskrift for psykiskarbeid* 01/2009, s 53-60.

- Asmussen, V. og Jöhncke, S. (2004). *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til Socialpolitik*. Århus. Aarhus Universitetsforlag.
- Aune, I-K. E. (2006). *Evaluering av "Best på tvers": et kompetanseprogram for utvikling og implementering av ansvarsgruppe og individuell plan*. Høgskolen i Sør-Trøndelag. Rapport nr. 6-2006. Tapir akademisk forlag. Trondheim. 2006.
- Bae, B. og Waastad J.E. (1992). Erkjennelse og anerkjennelse – en introduksjon. I: Bae, B. og J.E. Waastad (red). *Erkjennelse og anerkjennelse: Perspektiver på relasjoner*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Bakke, T. (2005). *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter. En kvalitativ studie av hvordan det oppleves for personer med alvorlig psykiske lidelser å delta i utarbeidelsen av sin egen individuelle plan*. Master i helsevitenskap. NTNU. Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap. Trondheim. 2005.
- Bakke, T. (2007). *Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt* (Prosjektrapport). Skien: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten – GRUK. Lastet ned fra <http://www.helsedialog.no/filestore/RapportVIP.pdf>
- Bakke, T. (2009). *Jeg har en plan!: tilbakemelding fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan*. Oslo. Helsedirektoratet.
- Barbor, T., Caulkins, J., Griffith, E., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I. og Stang, J. (2011). *Drug Policy and the Public Good*. New York. Oxford University Press.
- Barbosa da Silva, A. (red.) (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Barbour, S.R. and Kitzinger, J. (1999). *Developing Focus Group Research*. London. SAGE Publication Inc.
- Barth, T., Børtveit T. og Prescott, P. (2006). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo. Gyldendal Norsk forlag AS.
- Bengtsson, S. & Middelboe, N. (2001). *"Der er ikke nogen der kommer og fortæller hvad man har krav på" : forældre til børn med handicap møder det sociale system*. Dokumentet er del av serien Socialforskningsinstituttet.

- Berger, P.L. og Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Bergmark, Å. & Lundstöm, T. (2002). Education, practice and research; knowledge and attitudes to knowledge, I: *Social Work Education*, Vol 21, no 3, pp 359-373
- Bjerkan, J. Richter, M., Grimsmo, A., Hellesø, R. og Brender, J. (2010). *Intergratet care in Norway; the state of affairs years after regulation by law*. International Journal of Intergrated Care, Volume 11, Januar- March 2011. ISSN 1568-4156
- Bjørndal, A. (red). (2006). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Oslo. Kunnskapssenter, 2006. Tilgjengelig på: <http://www.kunnskapssenteret.no>. (Lastet ned oktober 2008)
- Bomann-Larsen, P., Froestad, J. og Jensen T.Ø. (1985). *Pasienterfaringer under opphold på somatisk sykehus: en brukerundersøkelse ved Telemark sentralsjukehus*. Bergen. Publikasjonen er del av serien: Brukerperspektiv på forvaltningen.
- Borg, M. og Kristiansen, K. (2009). *Medforskning -å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Bredland, E. L., Linge, O. A. og Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Bretteville-Jensen, A.L. (1999). *Addiction and discounting*. Bergen. Department of economics. University of Bergen.
- Bull, H. (2006). "*Hun mente det var best*". Hovedfagsoppgave i Helsefag, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Oslo. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.
- Burns, T. (2008). Case management and assertive community treatment. What is the difference? I: *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. Volume 17, Issue 2, April 2008, Pages 99-105.
- Buzan, T. (1995). *The mind map book*. London. BBC.
- Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Carey, S.S. (1994). *A beginner's guide to scientific method*. Belmont. California. Wadsworth.

- Chalmers, A.F. (2004). *What is this thing called Science?* Berkshire, United Kingdom. Open University Press. Third edition.
- Charon, J. M. og Spencer, C. (1992). *Symbolic interactionism : an introduction, an interpretation, an integration.* Englewood Cliffs. Prentice Hall.
- Cohen, S. (1985). *Visions of social control: crime, punishment and classification.* Cambridge. Polity Press.
- Cornwall, A. & Jewkes, R. (1995). What is participatory research? I: *Social Science and Medicine*, Volume 41, Number 12, 1995, pp. 1667-1676(10).
- Dahl, H. V. (2004). Den larmende taushed om etnografisk rusmiddelforskning, I: Asmussen, V. og Jöncke, S. (2004). *Brugerperspektiver, fra stoffmisbrug til socialpolitikk?* Århus. Aarhus Universitetsforlag.
- Den sociale ankestyrelse. (2001). *Praksisundersøgelser.* Den Sociale Ankestyrelse. Analysekontoret.
- Denzin, N. K. and Y. S. Lincoln (2003). *Strategies of qualitative inquiry.* Thousand Oaks. Calif. Sage.
- DiClemente, C. (2003). *Addiction and Change: How Addictions develop and Addicted People Recover.* New York. The Guildford Press.
- Egelund, T. og Christensen, E. (2002). *Børnesager. Evaluering af den forebyggende indsats.* København. Socialforskningsinstituttet.
- Einbu, G. og Lian, R. (2005). *Individuell plan - en ny pasientrettighet og et nytt "verktøy" : en studie av ansattes erfaringer ved et somatisk sykehus.* Høgskolen i Gjøvik. Rapport nr 3-2005. Gjøvik.
- Elster, J. og Skog, O.J. (1999). *Getting Hooked: Rationality and Addictions.* Cambridge. Cambridge University Press.
- EONN (2010). *Narkotikasituasjonen i Europa. Årsrapport 2010.* Luxembourg. Europeiske overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk.
- Eriksen, R.E. (2007). *Hverdagen som langtidsklient: mestring i et brukervedvirkningsperspektiv.* NTNU. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Doktoravhandling for graden doctor rerum politicarum. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.



- Evjen, R., Øiern, T. og Kielland, K.B. (2003). *Dobbelt opp: om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Evjen, R., Øiern, T. og Kielland, K.B. (2007). *Dobbelt opp: om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Fekjær, H.O. (2009). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Fjæran-Granum, T. (2011). *IP og IOP*. Oslo. SPISS Forlag. Hefte nr 11.
- Fog, J. (1998). *Med samtalen som utgangspunkt*. København. Akademisk Forlag.
- Follesø, R. (1998). Brukermedvirkning i barnevernet. I: *Norges Barnevern*. Nr. 1. s. 5-10.
- Fosse, E. (2002). *Brukermedvirkning og helhet: Individuell plan som virkemiddel: evaluering av utviklingstilbud innen rehabilitering i Hordaland*. Bergen. Universitetet i Bergen. HEMIL-senteret.
- Fraser, N. (2000). *Rethinking Recognition*. New Left Review 3, May-June 2000. Last ned: Jan 2012. <http://newleftreview.org/?view=2248>
- Fraser, N. (2003). *Den radikala fantasien*. Gøteborg. Daidalos.
- Fraser, N. og Honneth, A. (2003). *Redistribution or recognition: A political-philosophical exchange*. London. Verso.
- Fredriksson, S. (2006). *Utviklingsnettverk Individuell plan –personlig koordinator. Kjennetegn og kriterier for god praksis*. Delrapport. Bodø: SKUR. Tilgjengelig fra URL: [http://www.skur.no/dok/sof/utviklingsnettverk/ip/IP\\_rapport.pdf](http://www.skur.no/dok/sof/utviklingsnettverk/ip/IP_rapport.pdf)
- Furuholmen, D. (1987). *Boka om Veksthuset*. Oslo. Cappelen i samarbeid med Veksthuset.
- Furuholmen, D. og Schanche Andersen, A. (2007). *Fellesskapet som metode; om miljøterapi og rus*. Oslo. Cappelen Akademisk Forlag AS.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York. Baisis Books.
- Gilje, N. og Grimen, H. (1993): *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. En innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Gjelsvik, O. og Henden, E. (2009). Når er et samtykke til rusavhengige personer etisk og juridisk bindende? I: Ruyter, K.W., Solbakk, J.H. og H. Wall (2009). *Rusmiddelbrukeren og forskeren*. Rapport 1/2009, SERAF & Seksjon for medisinsk etikk.

- Goodwin, N. (2011). Reviewing the evidence on case management; lessons for successful implementation. I: *International Journal of Integrated Care*. Volume 11, 20. December 2011.
- Gravrok, Ø., Andreassen, M., og Myller, T. (2008). *Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige?* Nordnorsk Kompetansesenter –Rus, Klinikk for rus og spesialpsykiatri UNN. Skriftserie NNK-Rus 2/2008
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Grut, L. (2007). *Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid*. SINTEF Helse. Mars 2007.
- Grut, L. (2008). *Erfaring med bruk av individuell plan: en litteraturoversikt*. SINTEF Helse. Mars 2008.
- Gråwe, R.W., Hagen, H., Husum, T.L., Pedersen, P. B. og Ruud, T. (2005). *Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne – september 2004*. SINTEF-Rapport STF78 A055013. SINTEF Helse. Trondheim. 2004.
- Hagstrøm, E. (2010). *Hvordan kan en innbygger få eller gå frem for å få en individuell plan i en kommune?* Mastergrad i rehabilitering. Høgskolen i Bodø.
- Hall, J.A., Sarrazin, M.S., Huber, D. L., Vagun, T., Block, R.I., Reedy, A.R., Jang, M. (2009). Iowa case management for rural drug abuse. I: *Research on Social Work Practice*. Volume 19. Issue 4. July 2009, Pages 407-422.
- Halvorsen, G.S. (2008). Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende. Hva gjør den virksom? I: *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. Nr. 1-2008. 4. årgang. Bodø. Høgskolen i Bodø.
- Hammersley, M. og Atkins, P. (1987). *Feltmetodikk: grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo. Gyldendal.
- Hansen, G.V. (2007). *Samarbeid uten felleskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktoravhandling. Karlstad. Karlstad University Studies 2007:15.
- Hanssen, H. Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A. og Sommerseth, R. (2010). Faglig skjønn i utøvelsen av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I: Hanssen, H., (red). Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A. og Sommerseth, R. (2010). *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Bergen. Fagbokforlaget.

- Henriksen, J.-O. og Vetlesen, A.J. (2000). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo. Gyldendal.
- Heradstveit, D. og Bjørge, T. (1996). *Politisk kommunikasjon*. Oslo. Tano.
- Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Broekaert, E og Fridell, M. (2007). Case management for persons with substance use disorders. I: *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. Issue 4. Pages CD006265.
- Holck, G. (2004). *Kommunenes styring av komplekse oppgaver: kommunal tverretattlig tjenesteyting overfor barn og unge med funksjonsnedsettelse*. Avhandling (ph.d). Universitetet i Oslo. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Institutt for spesialpedagogikk.
- Hollingen, A. (2008): *Brukererfaringer med nettbasert individuell plan*. [http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_7356](http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_7356). Lastet ned 08.04.2010
- Holmelin, T. (2010). *Bruk av individuell plan i habilitering av barn med cochleaimplantat; en kartlegging av foreldres erfaring*. Masteroppgave i spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.
- Holum, L., Ch. (2010). Individuell plan som verktøy for brukermedvirkning. En evaluering. I: *Tidsskrift for norsk psykologforening* 2010, nr. 47, s. 326–328
- Honneth, A. (2003). *Behovet for anerkjennelse*. 1. utgave. 4. opplag. København. Hans Reitzel Forlag.
- Honneth, A. (2007). *Disrespect: The Normative Foundations of Critical Theory*. Cambridge. Polity Press.
- Honneth, A. (2008a). *Kamp om anerkjennelse*. Oslo. Pax Forlag.
- Honneth, A. (2008b). *Reification: A new Look at an Old Idea*. Oxford. Oxford University Press.
- Honneth, A. (2008c). Anerkendelsens pointe. I: Hviid Jacobsen, M. og Willig, R. (2008). *Anerkendelsespolitik*. Odense. Syddansk Universitetsforlag.
- Honneth, A. (2008d). Anerkendelse og retfærdighed – udkast til en plural retfærdighedsteori. I: Hviid Jacobsen, M. og Willig, R. (2008). *Anerkendelsespolitik*. Odense. Syddansk Universitetsforlag.

- Hopen, L. og Haugen, M. G. (2007). *Individuell plan(IP) = brukers plan : kjapp innføring for fagfolk og brukere*. Oslo. Helse og rehabilitering prosjekt nr 2004/3/0022.
- Hordvin, O. (red.) (2010). *The Drug Situation in Norway 2010: Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA*. Oslo. SIRUS 2010.
- Hove, O. (2007). *Brukermedvirkning: brukermedvirkning og brukererfaringer i tiltaksforsøk, sosialtjenesten og en samordnet forvaltning*. Oslo. HIO-notat 2007, nr 6.
- <http://www.fo.no> *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere* (2002/2010).  
[http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Yrkesetisk\\_2011\\_lav%281%29.pdf](http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Yrkesetisk_2011_lav%281%29.pdf)  
 (Lastet ned juni 2011)
- <http://www.kommunetorget.no> *For planlegging av folkehelse- og rusarbeid i kommunene* <http://www.kommunetorget.no> (Lastet ned juni 2011)
- Humerfelt, K. (2005a). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. I: Willumsen, E. (2005). *Brukernes medvirkning!* Oslo. Universitetsforlaget.
- Humerfelt, K. (2005b). Verdige historier, men uverdige bruk? I: Willumsen, E. (2005). *Brukernes medvirkning!* Oslo. Universitetsforlaget.
- Humerfelt, K. (2010). Et faglig skjønn forutsetter anerkjennelse av brukerne. I: Hanssen, H., (red). Humerfelt, K., Kjellevoll, A., Norheim, A. og Sommerseth, R. (2010). *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Hummelvoll, K. Røssset, O. (1999). *De nødvendige idealer og de slitsomme relasjoner – fokus fra akuttposten*. Elverum. Høgskolen i Hedmark, rapport nr. 9.
- Hummelvoll, J.K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Høiland, P. og Juul, S. (2005): *Anerkendelse og dømmekraft i sosialt arbejde*. København. Hans Reitzel Forlag.
- Jarhag, S.(2001). *Planering eller frigørelse? En studie om bemyndigande*. Doctoral dissertation. Faculty of Social Sciences. Lund University.

- Jellestad, F.K. (2011). Hjernen og rusavhengighet I: Lossius, K. (red)(2011). *Håndbok i rusbehandling; til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo. Gyldendal.
- Jenssen, A.G. (2009). *Brukermedvirkning i sosialtjenesten. En studie av sosialarbeidernes perspektiv*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Avhandling for graden philosophiae doctor. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.
- Juul, J. (2010). *Solidaritet, anerkendelse, retfærdighed, og god dømmekraft*. København. Hans Reitzel Forlag.
- Karlsson, K. (2007). *Funktionshinder, samtal och självbestämmande: En studie av brukarcentrerade möten*. Linköping Studies in Arts and Science No. 381. Linköpings Universitet.
- Karoliussen, K. R., Andreassen, M. og Gravrok, Ø. (2009). *Positive relasjoner som bidrag i rehabilitering av LAR deltakere*. KoRus-Nord ISBN 978-82-8085-044-7.
- Killingmo, T. (2008). *"Gjør det så enkelt som mulig". Tipshefte om individuell plan*. Oslo. Helsedirektoratet.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., Cardillo, J.E. (Editors) (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory and Measurement*. New Jersey. Lawrence Earlbaum Associates. Publishers Hove and London.
- Kjellevold, A. (2005). *Retten til individuell plan*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Kjellevold, A. (2009). *Retten til individuell plan*. 3. utgave. Bergen. Fagbokforlaget.
- Koch, T. & Kralik, D. (2006). *Participatory action research in health care*. Oxford. UK. Blackwell.
- Kurtze, N. og Eide, A.H., (2003). *Helsetilstanden hos tunge rusmiddelmissbrukere*. Oslo. Sintef unimed.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Ad Notam.
- Kvale, S. (2002). *Inter Veiw*. København. Hans Reitzel Forlag.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *InterViews; Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. United States of America. Sage.

- Lambert, M. (1992). Implications for outcome research for psychotherapy integration. I: J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., Arner, O., (1997). A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment; Methods and Findings. I *Nordisk Alkohol- og narkotikatidsskrift* 14:43-63, 1997.
- Leichsenring, F. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, 1-15.
- Lidal, E. & Røhme, K. (2006). Individuell plan –et virkemiddel for koordinering, sammenheng og forutsigbarhet. I: Almvik, A. og Borge. L.(Ed.). (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 169-180). Bergen. Fagbokforlaget.
- Lie, T. og Nesvåg, S. (2006). *Evaluering av rusreformen*. Rapport IRIS-2006/1227. Stavanger. International Research Institute of Stavanger.
- Lingås, L.G. (2008). *Kommunikasjon og samarbeid: utvikling av relasjonskompetanse*. Oslo. Damm.
- Liraud, F. & Verdoux, H. (2000). Which temperamental characteristics are associated with substance use in subjects with psychotic and mood disorders? I: *Psychiatry Research*, 93, 63–72.
- Lorentsen, Ø. og Berge, A.R. (2006). *Individuelle planer: brukeres erfaringer og opplevelser*. Tomter. Rehab-Nor.
- Lossius, K (2011). Om å ruse seg. I: Lossius, K. (red). (2011). *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Løberg, E.M. (2010). Fra biologisk forskning til klinisk praksis: Nytt om cannabis og schizofreni. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol 47, nummer 5, 2010, side 415-420.
- Løchen, Y. (1970). Velferdsstatens krise, I: Lingås (red.) L.G: *Myten om velferdsstatens*. Oslo. Pax.
- Lødemel, I. og Johannessen, A. (2005). *Tiltaksforsøket: mot en inkluderende arbeidslinje? Sluttrapport fra evaluering av Forsøk med kommunalt ansvar for aktive, arbeidsretta tiltak for langtidsmottakere av sosialhjelp 2000–2004* Gruppe for inkluderende velferd. Høgskolen i Oslo. HiO rapport 2005 nr 1.

- Lægheid, S. og Skorgen, T. (2006). *Hermeneutikk – en innføring*. Oslo. Sparatacus Forlag.
- Mahs, B.M. (2001). *Jeg har planer, eller har jeg?* Århus. Forum for kvalitet og utvikling i offentlig service. 2. utgave.
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo. Universitetsforlaget. 2. utgave. 4. opplag 2008.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo. Universitetsforlaget. 3. utgave 2011.
- Malterud, Manuell, J.I., Covell, N.H., Jackson, C.T., Essock, S.M., (2011). Does assertive community treatment increase medication adherence for people with co-occurring psychotic and substance use disorder. I: *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 17(1). Page 51-56
- McCracken, G. (1988). *The long interview*. USA. Sage Publications, Inc.
- Melberg, H.O., Lauritzen, G., Ravdal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. Oslo. SIRUS-rapport nr. 4/2003.
- Michaelsen R, Vatne, S. og Hollingen, A. (2011). *Det ble en annerledes plan: brukeres erfaringer med nettbasert individuell plan i psykisk helsearbeid*. Særtrykk 2011:43 Molde. Høgskolen i Molde. Møreforskning.
- Michaelsen R, Vatne, S. og Hollingen, A. (2007). Koordinatorrollen ved individuell plan i psykisk helsearbeid I: *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, Årg. 9, nr.4 (2007), s 15-28.
- Moe, K. (2007). *"Ja, jeg kan!". Tilpasset opplæring med fokus på mestring – positiv adferdsendring etter innføring av individuell plan til den enkelte elev*. Master i pedagogikk. Det psykologiske fakultet. Seksjon for utdanningsvitenskap. Universitetet i Bergen. 2007.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. og Fox L., (2006). *Integrert behandling: av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo. Universitetsforlaget.
- NESH (red). (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo. De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Nilsen, B. E. (2006). *Gylne øyeblikk; arbeid, deltakelse og inkludering i Samordningsforsøket*. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet.

- Parker, M.O, Millington, M.-E., Combe, F.J., Brennan, C.H. (2012). Development and implementation of a three-choice serial reaction time task for Zebrafish (*Danio rerio*) I: *Behavioural Brain Research* 227 (1), pp. 73-80.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA. Sage.
- Paulgaard, G. (1997). Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data. I: Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L., Aase, T.H. (red.). *Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utefra eller begge deler?* Oslo. Universitetsforlaget. s. 70-93.
- Payne, M. (1999). Social construction in social work and social action, I: Jokinen, A., Juhila, K. og Poso, T.I.: *Constructing Social Work Practices*. Aldershot, Hants. Ashgate. pp. 25-65.
- Payne, M. (2005). *Modern Social Work Theory* (3rd ed.). Chicago: Lyceum Books.
- Pearlman, H.H. (1957). *Social Casework: A Problem-solving Process*. The University of Chicago Press.
- Pedersen, W. (2000): *Bittersøt; ungdom, sosialisering, rusmidler*. Oslo. Universitetsforlaget. 3. opplag.
- Raustøl, T. (1996). *Fra medviter til medvirker; brukervedvirkning i kommunale sammenhenger*. Oslo. Tano Aschehoug.
- Rapp, R.C., Otto, A.L., Lane, D.T., Redko, C., McGatha, S., Carlson R.G. (2008). Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. I: *Drug and Alcohol Dependence*. Volume 94. Issue 1-3, 1 April 2008. Pages 172-182.
- Reason P. & Heron J. (1986) Research with People. The Paradigm of Co-operative Experiential Inquiry. *Person-Centred Review*. 1(4): 456-476.
- Reason, P. (1988). *Human inquiry in action: developments in new paradigm research*. London. SAGE Publication Ltd.
- Reason, P. (ed.) (1994). *Participation in Human Inquiry*. London: Sage Publications.
- Reason, P. og Bradbury, H. (2006). *Handbook of action research*. London. SAGE Publication Ltd.
- 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-



- bases case managers. I: *Journal of Psychoactive Drugs*. Volume 39, Issue 3, September 2007, Pages 241-250.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z. Keith, S.J, Jull, L.L., og Goddwin, F.K. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2232018>. (Lastet ned okt. 2011)
- Riiser, Å.F. (2011). *Klokere sammen: et innblikk i pårørende og koordinators opplevelse med individuell plan*. Masteroppgave i spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.
- Rise, M.B. (2011). *Lifting the veil of user participation in clinical work: Whats is it and does it work?* Doktor avhandling. Norges teknisk- naturvitenskapelig universitet. Det medisinske fakultet. Institutt for samfunnsmedisin.
- Ruud, Torleif og Deborah Reas, (2003). *Distriktpsikiatriske sentre, tjenestetilbud og brukertilfredshet: status og variasjon 2002*. SINTEF Unimed.
- Røhme, K., Halting, T. og Lidal, E. (2006). Individuell plan – ambisiøse mål, men svake virkemidler? I: *Tidsskrift for Velferdsforskning*. Vol. 9, No.3.2006, s 148-158.
- Rønbeck, A. E. (2005). *Individuell plan - et redskap for tverretattlig og tverrfaglig koordinering av tjenester for barn/elever med spesielle behov?* Alta. Høgskolen i Finnmark. HIF –rapport.
- Rønning, R. og Solheim, L.J. (1998). *Hjelp på egne premisser. Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Røthing, M. (2007). *Individuell plan (IP) - et spill for galleriet? En studie av IPdokumenter i lys av Michel Foucault sine tanker om makt*. Bergen. Masteroppgave i helsefag, studieretning sykepleievitenskap. Universitetet i Bergen. 2007 II.
- Sagatun, S. og Smith, E. (2012). Aktivt medvirkende og medansvarlige brukere i sosialtjenesten og NAV? I: Jenssen, A.G. og Tronvoll, I.M. (2012). *Brukermedvirkning: Likeverd og anerkjennelse*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Samoilow, D.(2007). Løsningsfokuserte allianser: Løsningsfokusert terapi i lys av forskning om hva som virker i terapeutiske relasjoner. I: *Tidsskrift for Norsk*

*Psykologiforening*, 9, 1107-1117.

[http://www.psykologitidsskriftet.no/utskrift.php?seks\\_id=30926](http://www.psykologitidsskriftet.no/utskrift.php?seks_id=30926)

(Lastet ned 10.11.09)

- Sandberg, S. og Pederesen, W. (2010). *Cannabiskultur*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Schibbye, A-L.L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Schofield, J.W. (1990). Increasing the generalizability of qualitative research. I: Eisner, E.W. & Peshkin A. (red.). *Qualitative inquiry in education*. New York. Teachers College Press.
- Selboe, A. Bollingmo, L. og Ellingsen; K.E. (2005): *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Oslo. Gyldendal.
- Seim, S. og Slettebø, T. (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Sennett, R. (2003). *Respekt i en verden af ulighed*. Beder. Forlaget Hovedland.
- Shein, E. (1969). *Process consultant its role in organization development*. Reading Ma. Addison Wesley.
- Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Sivesind, A. K. (2010). "Enda en plan...?" *Hvilke faktorer hemmer og fremmer igangsetting av individuell plan for rusmiddelavhengige? En kvalitativ undersøkelse av sosialarbeidere i praksis*. Masteroppgave i sosialt arbeid MASMAST, Høgskolen i Oslo, Avdeling for SAM.
- Skau, G.M. (1992). *Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo. Tano.
- Skretting, A. (2010). Behov for språk og begrepsøkt. I: *Hva er misbruk og avhengighet?* Sirius-Rapport nr 4/2010, Oslo. Statens instiutt for rusmiddelforskning.
- Skule, C. (2008). Rusmisbrukere diskrimineres. I: *Bergens Tidende*. 30.03.08.
- SKUR. (2006a). *UtviklingsNettverk. Individuell plan- Personlig koordinator. Kjennetegn og kriterier for god praksis*. Bodø. Delrapport I. Mai 2006.

- SKUR. (2006b). *UtviklingsNettverk. Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak. Kjennetegn og kriterier for god praksis*. Bodø. Delrapport. Mai 2006.
- SKUR. (2006c). *UtviklingsNettverk. Kommunal plan for personer med behov for koordinerte tjenester. Om forankring, mobilisering og medvirkning*. Bodø. Delrapport. Mai 2006.
- Slettebø, T. (2000). Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. I: *Nordisk sosialt arbeid*, 20 (2000) nr 2.
- Smith-Solbakken, M., Tunglund, E.M, (1999). *Narkomiljø: økonomi, kultur og avhengighet*. Oslo. Ad Notam Gyldendal. 2. opplag.
- Smith-Solbakken, M., Tunglund, E.M. og Wallin Weihe, H-J. (2010). *Forbud ingen løsning*. <http://www.morgenbladet.no/article/20100219/ODEBATT/702199909> (Lastet ned 30.05.2011).
- Smith-Solbakken, M, og Wallin Weihe, H-J. (2011). *Den lydige rusforskningen*. Stavanger Aftenbladet. 21.06.2011.
- SIRUS (2009). *The Drug Situation in Norway 2008. Annual report to the European Monitoring Centre SIRUS/EMCDD*. <http://www.sirus.no/internett/narkotika/publication/463.html>. (Lastet 10.12.2009)
- SSB (2006): *Langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp*. Statistisk sentralbyrå. [http://www.ssb.no/emner/03/04/rapp\\_200613/rapp\\_200613.pdf](http://www.ssb.no/emner/03/04/rapp_200613/rapp_200613.pdf) (Lastet ned 12.12.2009)
- Solowij, N. og Micjie, P.T. (2007). Cannabis and cognitive dysfunction; parallels with endophenotypes of schizophrenia? I: *Psychiatry Neurosci*. Jan; 32 (1): 30-42.
- Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse: om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Stoltenberg, N. (2006). Rapport fra en eksperts liv I: *Samtiden*. (2), 17–26.
- Stringer, E. T. (1996). *Action research: a handbook for practitioners*. London: Sage.
- Storvoll, E.E., Rossow, I., Moan, I.S., Norström, T., Scheffels, J. og Laurantzen, G. (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*. SIRUS-Rapport nr. 3/2010. Oslo. Statens institutt for rusmiddelforskning.

- Strøm, A. (2008). *Helhet og sammenheng – ikke stykkevis og delt; brukernes erfaring med individuell plan*. Masteroppgave i sosialt arbeid. Høgskolen i Oslo, Avd. for samfunnsfag.
- Syse, A. (2004). *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Takahashi, T. (2005). Loss of self-control in intertemporal choice may be attributable to logarithmic time-perception I: *Medical Hypotheses* 65. Side 691–693.
- Tarrow, S. (1994). *Power in movement: social movements, collective action and politics*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Taule, R. (1999). *Escolas ordbok*. Oslo. Escolas forlag.
- Tellevik, J.M., Nærland, T. og Martinsen, H. (2006). *Individuelt & tilrettelagt: arbeidsredskap for individuell plan og individuell opplæringsplan*. Oslo. Autismeenheten.
- Terum, L.I. (2003). *Portvakt i velferdstaten*. Oslo. Kommuneforlaget.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Thommesen, H. (2002). *Kommunenes arbeid med individuell plan et år etter at forskriften om individuell plan trådte i kraft*. SKUR-rapport 2002:2.
- Thommesen, H., Normann, T. & Sandvin, J. T. (2003). *Individuell plan. Et sesam, sesam?* Oslo. Kommuneforlaget.
- Thommesen, H. (2004). *Individuell plan: en type praksis: kommuneundersøkelse årsskiftet 2003/2004*. SKURs rapportserie 2004/3.
- Thommesen, H. (2008). *Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose – om mennesker med uvanlige erfaringer*. PhD sosiologi, nr. 1. Bodø. Høgskolen i Bodø.
- Thommesen, H., Normann, T. & Sandvin, J. T. (2008). *Individuell plan. Et sesam, sesam?* 2. utgave, 1. opplag 2008. Oslo. Kommuneforlaget.
- Thommesen, H. (2009). *"Tidstyv som frigjør tid! Evaluering av prosjektet: Individuell plan – fra ord til handling i NAV kontor*. Bodø: HBO-rapport. 3/2009.
- Thommesen, H. (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

- Thuseth, A-G. (2008). *Mot en klient og resultatstyrt praksis. I: Klienten dem glemte terapeut; brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- TNS Gallup. (2007). *Kartlegging, Individuell plan*. Tabellrapport. Sosial- og helsedirektoratet.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper?* Oslo. Kommuneforlaget.
- Tosterud, A. (2007). *Teknologidrevet samhandling i offentlig sektor- en case- studie av et IKT – verktøy for individuell plan*. Trondheim. Masteroppgave i kommunikasjonsteknologi. Institutt for informatikk. NTNU. 2007.
- Trefjord, S. og Hatling, T. (2004). *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet: Individuell plan psykisk helse (IPPH)*. Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet. Rapport STF78. A045020. SINTEF Helse november 2004.
- Tyrda, S. (2002). *Humor og helse – i teori og praksis*. Oslo. Kommuneforlaget.
- Ulvestad, A. K. og Henriksen, A.K.. (2007). I skyggen av elfenbentårnet. I *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Vabø, M. (2002). *Kvalitetsstyring og kvalitetstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten*. NOVA-rapport 18/2002. NOVA.
- van der Wel, K., Dahl, E., Løynad, B., Naper, S. og Slagsvold, M. (2006). *Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp*. Oslo. Høgskolen i Oslo. HiO-rapport 2006, nr.29.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord. Seek A/S.
- Wadel, C. (1995). *Forholdet mellom den sosiale og den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten*. Stavanger. Høgskolen i Stavanger, Avdeling for økonomi-, kultur- og samfunnsfag.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapi debate*. Hillsdale. Erlbaum.
- Webb, C., og Kevern, J. (2001). Methodological issues in nursing practice. Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. 2001. Blackwell Science Ltd. I: *Journal of Advanced Nursing*. 33(6), side 798-805.
- Westerlund, H. og Bjørgen, D. (2010). *Bruker Spør Bruker (BSB)*. Ålesund. KBT Midt-Norge. Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling.

- Willams, F. (2001). Posisjonering av velferdsbrukerne innen forskning: Fra passiv mottaker til velferdsaktør. I: Sandbæk, M. (red.) (2001). *Fra mottaker til aktør. Brukernes plass i praktisks sosialt arbeid og forskning*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Wright, K.N. & Wright, K.E. (1994). *Family life, delinquency, and crime: A policymaker's guide*. Washington, DC. Office of Juvenile and Delinquency Prevention.
- Ødegård, E. (2011). *Det mellom oss: foreldrenes beskrivelser om sine relasjonelle erfaringer og opplevelser til koordinatoren som utarbeider individuell plan for barnet deres*. Masteroppgave i familierapi. Diakonhjemmet Høgskole.
- Ørstadvik, S. (1996). *Brukerperspektivet: en kritisk gjennomgang*. INAS-notat, 1996:8. Oslo. Institutt for sosialforskning.
- Ørstadvik, S. (2005). Det tvetydige brukerperspektivet. I: *Sykepleien*. nr 1.2005.
- Aadland, E. (1997). *Og eg ser på deg-: vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo. Tano Aschehoug.
- Aadnanes, P. (2007). Den uavhengige avhengige: empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren: eit kulturalanalytisk perspektiv. I: Ekeland, T-J. og Heggen, K. (red) (2007). *Meistring og myndiggjøring: Refrom eller retorikk*. Gyldendal Norsk Forlag, 1. utgave, 1. opplag 2007.
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Hjort, H. og Ose, S.O. (2008). *Lavterskel tilbud til rusmiddelavhengige -Skadereuserende bindeledd mellom bruker og øvrige hjelpeapparat*. SINTEF Helse.
- Aamodt, L.G. (2003). Sosialt arbeid og anerkjennelse. En problematisering av grunnlagstenkingen i sosialt arbeid. I: *Nordisk Sosialt Arbeid* (3), s154-161.
- Ådnøy, E. (2005). "Planen skal være god for meg". *Koordinering av psykososialt arbeid; eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester*. Masteroppgave i sosialarbeid. Oslo. Høgskolen i Oslo. Avdeling for økonomi-, kommunal – og sosialfag.
- Åhgren, B. (2007). *Creating integrated health care*. Avhandling. Göteborg. NHV. Nordic School of Public Health.

Aaslid, F. S. (2007). *Facing the Dragon; Exploring a conscious phenomenology of intoxication*. Theses for the degree philosophiae doctor. Trondheim. Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Anthropology.

## Avisutklipp

Aftenposten (2008). *Spyler bort narkomane*. Aftenposten 2. juli. (Lastet ned august 2011)

<http://eavis.aftenposten.no/aftenposten/82451/archive/demo/?page=3&query=politi+helseminister+rus>

Verdens Gang (2008). *Rusmisbrukere har det jævlig i Norge*. Hanssen, B.H. 2008, 18. august.

## Politiske og juridiske dokumenter

Arbeidsdepartementet. (2010). *Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen*. Oslo. Arbeidsdepartementet.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2008). *Handlingsplan mot fattigdom*. Oslo. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

*Hälso og sjukvårdslagen*. 30. december 2010. Sosialstyrelsen. (HSL 1982).

Helsedepartementet. (2003). *Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere*. Oslo. Helsedepartementet. Rundskriv I 5/2003.

Helsedirektoratet. (2006). *Funksjonsevne blant sosialhjelpsmottakere*. Gruppe for inkluderende velferd (GIV) og Avdeling for sykepleieutdanning (SU).  
[http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?\\_pageid=134,67714&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_piref134\\_67727\\_134\\_67714\\_67714.artSectionId=252&\\_piref134\\_67727\\_134\\_67714\\_67714.articleId=44799](http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,67714&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref134_67727_134_67714_67714.artSectionId=252&_piref134_67727_134_67714_67714.articleId=44799). (Lastet ned 12.des.2009)

Helsedirektoratet. (2007). *INDIVIDUELL PLAN 2007 - Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2008a). *Opptappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport for 2008*. Oslo. Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2008b). *"Gjør det så enkelt som mulig": Tipshefte om Individuell plan*. Oslo. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009a). *Opptappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport for 2009*. Oslo. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009b). *Følgeevaluering av tillitspersonsforsøket, Delrapport 1*.  
[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00274/Delrapport\\_1\\_-\\_Till\\_274529a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00274/Delrapport_1_-_Till_274529a.pdf) (Lastet med 10.05.2011).
- Helsedirektoratet. (2009c). *Jeg har en plan! Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan*. 03/2009. Oslo. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *INDIVIDUELL PLAN 2010 - Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011a). *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011*. Oslo. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011b). *Følgeevaluering av tillitspersonsforsøket, Delrapport 2*  
[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00316/Delrapport\\_2\\_\\_\\_\\_Till\\_316229a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00316/Delrapport_2____Till_316229a.pdf) (Lastet ned 10.05.2011).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1978). *FOR 1978-06-30 nr 08: Forskrift om narkotika m.v. (Narkotikalistene)*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Rundskriv til endringer i sosialtjenestetilbakeholdelse av rusmiddelmissbrukere uten eget samtykke*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Kommunalt rusarbeid*.  
[http://www.hibo.no/neted/upload/attachment/site/group1/RehabNor\\_Brukererfar IP.pdf](http://www.hibo.no/neted/upload/attachment/site/group1/RehabNor_Brukererfar IP.pdf). (Lastet ned 08.04.2010).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Opptappingsplan for rusfeltet*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. 1-1120 B.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.



- Helsetilsynet. (2005). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere*. 4/2005. Oslo. Statens helsetilsyn.
- Helsetilsynet. (2006). *Et stykkevis og delt tjenestetilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosiale tjenester til voksne over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester*. Rapport 3/2006. Oslo. Statens helsetilsyn.
- Helsetilsynet. (2007). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere*. Rapport 3/2007. Oslo. Statens helsetilsyn.
- Helsetilsynet. (2008). *Tilsynsmelding 2007; Helsetilsynet; tilsyn med sosial og helse*. Oslo. Statens helsetilsyn.
- Helsetilsynet. (2010). *Tilsynsmelding 2010; Helsetilsynet; tilsyn med barnevern, sosial og helsetjenestene*. Oslo. Statens helsetilsyn.
- Inst. O. nr. 4 (2003-2004). *Endring i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Socialstyrelsen. Sverige (LSS 1993).
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. LOV-1967-02-10. Ikrafttredelse 1970-01-01 nr. 00 (forvaltningsloven).
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. LOV-1999-07-02 nr. 62 (psykisk helsevernloven).
- Lov om helsetjenesten i kommunene*. LOV-1982-11-19 nr. 66 (kommunehelsestjenesteloven).
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* LOV-2011-06-24-30. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Lov om pasientrettigheter*- LOV-1999-07-02 nr.63 (pasientrettighetsloven).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter*. LOV-1999-07-02 nr. 63. Ikrafttredelse 2011-06-24 -30 fra 2012-01-01 (Pasient- og brukerrettighetsloven).
- Lov om social service*. 1998/2010/2011 (serviceloven) Socialministeriet. Danmark
- Lov om sosiale tjenester* LOV-1991-12-13 nr.81 (sosialtjenesteloven).

*Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* LOV-2009-12-18-131 (lov om sosiale tjenester i NAV).

*Lov om spesialisthelsetjenesten* LOV- 1999-07-02 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven)

Meld. St. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2010-2015)

NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.* Oslo. Sosial- og helsedepartementet.

NOU 2001:22 *Fra bruker til borger.* Oslo. Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltningen.

NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.* Oslo. Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltningen.

NOU 2005:3 *Fra stykkevis og helt.* Oslo. Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltningen.

NOU 2010: 3 *Drap i Norge i perioden 2004-2009.* Oslo. Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltningen.

Ot.prp. nr. 13 (1998-1999). *Merknader til helsepersonellovens krav til forsvarlighet og bruk av medhjelpere.*

Ot.prp. nr 54 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan).*

Ot.prp nr. 3 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelbrukere).*

Prop. 91 L. (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven).* Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.

*Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005.* Oslo. Arbeidsdepartementet.

Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere.* Oslo. Sosial- og helsedepartementet. Rundskriv I. 33/2001.

Sosial- og helsedirektoratet. (2001). *Veileder til forskrift om individuell plan.* Oslo. Sosial- og helsedirektoratet. IS-1013.

Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Nasjonal strategi for kvalitetsforebedring av sosial- og helsetjenesten for rusmiddelbrukere.* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

- Sosial- og helsedirektoratet. (2005a). *...OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005b). *INDIVIDUELL PLAN 2005: Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006a). *Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan*. 04-2006. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006b). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplan for psykisk helse*. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet.
- St. meld. nr.35 (1994-95). *Velferdsmeldingen*.
- St.meld. nr.34 (1996-97). Resultater og erfaringar frå Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien vidare.
- St.meld. nr. 25 (1996- 1997). Åpenhet og helhet
- St.meld. nr. 21 (1998-1999). Ansvar og mestring.
- St.meld. nr 26 (1999-2000). Om verdier for den norske helsetenesta.
- St.meld. nr. 28 (1999-2000). Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000.
- St.meld. nr 6 (2002-2003). Tiltaksplan mot fattigdom.
- St. mel. nr. 14 (2002-2003). Samordning av Aetat, trygdeetat og sosialtjenesten.
- St.meld. nr. 9 (2006-2007). Arbeid, velferd og inkludering.
- St. meld. Nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen.
- St.prp. nr. 1 (2007–2008). For budsjettåret 2008.



## Oversikt over figurer

Figur nr. 1: Modellen illustrerer maktfordelingen mellom bruker og helse og sosialarbeider i forhold til grader av brukermedvirkning.

Figur nr. 2: Modellen viser ”Arnsteins ladder”.

Figur nr. 3: Modellen viser en oversikt over sentrale elementer i studiens handlingsorienterte forskningssamhandling.

Figur nr. 4: Tabellen viser oversikt over studiens datasett og datakilder.

Figur nr. 5: Oversikten viser studiens datainnsamlingsprosess.

Figur nr. 6: Modellen viser arbeidsprosessen med individuell plan og er hentet fra den tredje utgaven av veilederen.

Figur nr. 7: Modellen viser i hvilken fase i arbeidsprosessen med individuell plan det stoppet opp.

Figur nr. 8: Modellen viser hvordan brukernes selvforhold endret seg gjennom arbeidsprosessen med individuell plan, i forhold til brukernes opplevelse av anerkjennelse og ringeakt.


Figur nr. 9: Modellen viser fire ulike former for relasjoner mellom bruker og helse- og sosialarbeider, hvor brukermedvirkning hemmes og fremmes.



# Vedlegg

## Vedlegg nr. 1: REK

**UNIVERSITETET I BERGEN**  
*Det medisinske fakultet*  
Harald Hårfagrestr. 1  
Postboks 7800, 5020 BERGEN  
Tlf: 55 58 20 84/86  
Fax: 55 58 96 82  
E-post: Rek-3@iuh.no



**UNIVERSITY OF BERGEN**  
*Faculty of Medicine*  
Harald Hårfagrestr. 1  
P.O. Box 7800, N-5020 BERGEN  
Ph: +47 55 58 20 84/86  
Fax: +47 55 58 96 82  
E-mail: Rek-3@iuh.no

<http://www.etikkom.no/REK/>

Regional komité for  
medisinsk forskningsetikk  
Vest-Norge (REK Vest)

Bergen, 08.09.05  
Sak nr. 05/8030

Cand. polit. Kristin Humerfelt  
Universitetet i Stavanger  
4036 STAVANGER

**Ad prosjekt: Individuell plan- et nyttig redskap innen sosialt arbeid for å bistå brukere med rusmiddelproblemer? (146.05)**

Det vises til svarbrev datert 15.09.05 med vedlagt revidert forespørsel.

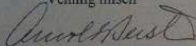
REK Vest v/leder har vurdert saken. Opplysningene i forespørsel om at deltakelse i studien innebærer tilgang til journal, er heller ikke tydelige i siste utkast av skrevet. Det bør tas inn en setning omtrent slik: "Vi gjør også oppmerksom på at deltakelse også innebærer at du gir tillatelse til at vi får tilgang til ... (si konkret hvilk(e) journal(er) en ønsker tilgang til)."

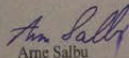
Overskriften "Et finansiert, etisk godkjent forskningsprosjekt" er lite egnet. Skriv heller "Finansiering, etisk vurdering og personvern".

Det skrives at opplysningene *anonymiseres*. Anonymisering innebærer at det ikke lenger er mulig å kople en identitet mot en opplysning om identiteten. En betviler at så er tilfelle her. Det sies også lengre nede at data behandles konfidensielt. En bør gi korrekte opplysninger.

Tas ovennevnte til følge, er studien endelig klarert fra denne komité sin side.

Vi ønsker dere lykke til med gjennomføringen og minner om at komiteen setter pris på en sluttrapport, eventuelt en kopi av trykt publikasjon når studien er fullført.

Vennlig hilsen  
  
Arnold Berstad  
leder

  
Arne Salbu  
sekretær

## Vedlegg nr. 2: NSD

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Kristin Humerfelt  
Institutt for helsefag  
Universitetet i Stavanger  
4036 STAVANGER

Hans Holmboen gate 22  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47 55 58 21 17  
Fax: +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr: 985 321 884

Vår dato: 17.08.2005      Vår ref: 2005/01114 GT /RH      Deres dato:      Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.06.2005. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 15.08.2005. Meldingen gjelder prosjekt:

12985      *Individuell plan - et nyttig redskap innen sosialt arbeid for å bistå brukere med rusmiddelproblemer?*

Behandlingsansvarlig      *Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder*  
Daglig ansvarlig      *Kristin Humerfelt*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

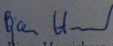
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlagt prosjektvurdering. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

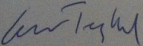
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Geir Teigland

Kontaktperson: Geir Teigland tlf. 55 58 33 48

Auðingakontor / District Offices:  
OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0318 Oslo, Tel: +47 22 85 52 11, nsd@uis.no  
TRONDHEIM: NSD, Høgskolen i Nordlandstiddelegaten universitet, 7491 Trondheim, Tel: +47 73 59 19 07, byrja.kjorndal@ntnu.no  
TRONDHEIM: NSD, SVP, Universitetet i Trondheim, 9037 Trondheim, Tel: +47 77 64 41 36, nsd@stn.uib.no



## Vedlegg nr. 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring for brukere og helse- og sosialarbeidere

### Forespørsel om å delta i studie:

Individuell plan (IP) – et nyttig redskap for å bistå brukere med rusmiddelproblemer?  
Et samarbeidsprosjekt mellom Stavanger Kommune og Universitetet i Stavanger  
Samarbeidspartnere:

[Redacted]  
og Det samfunnsvitenskapelige fakultet v/ institutt for helsefag, prosjektleder cand.polit Kristin Humerfelt

### *Prosjektets bakgrunn og formål*

Retten til individuell plan er en forholdsvis ny bestemmelse som er regulert i pasientrettighetsloven § 2-5 og retter seg mot tjenestemottakere i helse- og sosialfeltet som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Planen skal baseres på samtykke og utarbeides i samarbeid med tjenestemottakeren. Målet med individuell plan er å sikre tjenestemottakerne koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete planer, men også at en person i hjelpeapparatet har ansvar for oppfølgingen av planen. Sentrale verdier er tjenestemottakerens medvirkning og opplevelse av likeverd og respekt i utarbeidelsen og i iverksetting av planen. Dette prosjektet retter fokus mot tjenestemottakere med rusmiddelproblemer innen kommunale helse- og sosiale tjenester, da forskning viser at brukere med rusmiddelproblemer en gruppe ofte marginaliseres og underprioriteres i forhold til tilgang til rettigheter, eksempelvis helsehjelp (Fekjær 2004).

Overordnet mål for prosjektet er å få kunnskap:

om individuell plan er et nyttig redskap for å bistå brukere med rusmiddelproblemer i forhold til deres langvarige og sammensatte hjelpebehov om en kan utvikle individuell plan metodisk og kvalitativt til å bli et redskap for at brukere med rusmiddelproblematikk skal få mer treffsikre og effektive tjenester.

### *Metoder og hvilke opplysninger innhentes*

I studien vil flere metoder benyttes. Datainnsamling vil foregå ved benyttelse av eksisterende dataprogrammer i helse- og sosialsektoren intervju, refleksjonsgrupper/fokusgrupper, observasjon, lesing av helse og sosial journaler, vedtak og individuelle planer. På denne måten ønsker vi å få opplysninger om:

- Hvor mange av brukerne med rusmiddelproblemer har individuelle planer
- Hvor mange år har brukerne med rusmiddelproblemer
- Hvordan beskrives brukernes tjenestebehov i journaler, og kan journalen kvalitativt utvikles med hensyn til å gi bedre tjenester
- Hvordan er vedtak og individuelle planer utformet, nyttige i forhold til bruk av individuell plan
- Hvilke helse- og sosiale tjenester har brukerne pr dags dato og hvilke tjenestebehov mener brukerne de har behov for
- Hva mener brukerne om tjenestene de får, både prosess og resultat
- Hva mener brukerne om individuell plan
- Videre ønsker vi å få opplysninger om helse- og sosialarbeiderne:
- Profesjon
- Hvor lenge de har arbeidet i helse- og sosialsektoren
- Hva mener de om individuell plan
- Hva mener de om tjenestetilbudet til tjenestemottakerne, prosess og resultat

### ***Finansiering, etisk vurdering og personvern***

Prosjektleder er Kristin Humerfelt ved Universitetet i Stavanger, hovedveileder er 1. amanuensis Edgar Marthinsen, NTNU og biveileder er forskningssjef Sverre Nesvåg, Rogalands forskning. Opplysningene som kommer frem skal brukes til å skrive en forskningsrapport som også er prosjektleders PhD avhandling. Prosjektet er foreløpig finansiert av Stavanger kommune og Universitetet i Stavanger. Det søkes også om ekstern finansiering. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning v/ Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og til Regional komité for medisinsk forskningsetikk Vest-Norge.

### ***Deltakelse i prosjektet***

Det er frivillig å delta og du kan trekke deg når som helst, uten å oppgi grunn og uten at det får noen negative konsekvenser for deg. Opplysningene behandles konfidensielt, de vil ikke utlevers til andre og i sluttrapporten vil de ikke kunne tilbakeføres til enkeltpersoner. Prosjektleder Kristin Humerfelt og prosjektansvarlige [REDACTED] er underlagt taushetsplikt og alle data vil behandles konfidensielt. Prosjektets datainnsamlingsfase beregnes å foregå i tiden september 05 til desember 06. Prosjektet regner med å være ferdigstilt høsten 2008 / 31.12.2008  
Med vennlig hilsen

.....  
Kristin Humerfelt  
Prosjektleder

---

### ***Samtykke erklæring for tjenestemottakere***

#### ***Individuell plan (IP)***

#### ***–et nyttig redskap innen sosialt arbeid for å bistå brukere med rusmiddelproblemer?***

Jeg har lest informasjonsskrivet. Jeg vet at deltakelsen i prosjektet er frivillig, at jeg kan trekke meg når som helst, at alle opplysninger om meg vil bli behandlet konfidensielt, forsvarlig oppbevart og anonymisert i sluttrapporten. Ved spørsmål kan jeg kontakte prosjektleder Kristin Humerfelt på telf 51834283 eller @-mail: kristin.humerfelt@uis.no

Jeg gir herved prosjektleder Kristin Humerfelt og prosjektmedansvarlig [REDACTED] tillatelse til å være til stede under mine samtaler med min sosialkurator/ saksbehandler

Jeg gir herved prosjektleder Kristin Humerfelt og prosjektmedansvarlig [REDACTED] tillatelse til å intervju meg både individuelt og i fokusgruppe.

Jeg gir prosjektleder Kristin Humerfelt og prosjektmedansvarlig [REDACTED] tillatelse til: lese helse – og sosialkontorets journal om meg mine vedtak knyttet til helse- og sosiale tjenester og min individuelle plan og andre planer som vedrører meg, eksempelvis tiltaksplaner.

.....  
Deltakers underskrift

---

***Samtykke erklæring for tjenesteytere***

***Individuell plan (IP)***

***–et nyttig redskap innen sosialt arbeid for å bistå brukere med rusmiddelproblemer?***

Jeg har lest det ovenstående og jeg samtykker i å delta i prosjektet. Jeg vet at deltakelsen er frivillig, at jeg kan trekke meg når som helst, at alle opplysninger om meg vil bli behandlet konfidensielt, forsvarlig oppbevart og anonymisert i sluttrapporten. Ved spørsmål kan jeg kontakte prosjektleder Kristin Humerfelt på telf 51834283 eller @-mail: kristin.humerfelt@uis.no

Jeg samtykker i prosjektleder og prosjektansvarlig kan delta i mine samtaler med brukerne, at jeg kan intervjues individuelt og i fokusgrupper

.....  
Deltakers underskrift

## Vedlegg nr. 4: Intervjuguide; individuelle intervju av brukere med rusmiddelproblemer 1. runde

### *Intervjuguide for Individuell Plan- et nyttig redskap innen sosialt arbeid for å bistå brukere med rusmiddelproblemer?*

Målgruppe: Brukere med ”individuell plan”/ tiltaksplan

Dato:

Kvinne /mann:

Fødselsår:

LAR pasient: ja/nei

Du har i dag en plan -en tiltaksplan, hva vet du om den?

Hva kom det av at du fikk en slik plan?

Var det du som ba om å få en slik plan?

Visste du om at det var mulig å få en slik plan?

#### **(Frivillighet og samtykke):**

Har du opplevd at dette var frivillig å ha en slik plan eller noe du måtte ha?

Har du samtykket i det?

Hva med opplysninger til andre instanser, har du blitt spurt om hvilke opplysninger som kan gå til andre?

Har du nektet det?

Hvem var de opplysningene til?

#### **(Brukermedvirkning):**

Hvem laget/ utarbeidet den?

Deltok du? Hva var din rolle i utarbeidelsen av planen?

Har noen av dine pårørende vært med underveis?

Hvilken rolle spiller de?

#### **(Kartlegging)**

Fortell meg hvordan dette skjedde dette?

Ble du spurt om hvilke behov du hadde for tjenester?

Hva du kunne klare selv?

Hvilke mål du hadde?

#### **(Innhold):**

Hva står i den?

Er det det samme som dere planla, eller ble det endret?

Hva da?

Hvilke tjenester får du som står i den? ( helsetjeneste:

primærhelstj/spes.helsetjeneste/tannhelsetjeneste,Jfr.pasientrettighetsloven §1-3)

Er det det du trenger som står i den?

Eller er det noe mener du trenger som ikke står i den?

#### **(Tillatelse til å se planen)**

Har du den? Får jeg se den?

#### **(Koordinator)**

Er det en spesiell saksbehandler som har fulgt deg opp i forhold til planen?

Hvordan da?

Er det en god ide?

Hvorfor?

Er det den samme som utarbeidet planen?

Hvem ville *du* skulle fulgt opp din plan, som passet på at du fikk de tjenestene som det stod i planen, ringte de som var involvert, talte din sak?

En fra kommunen; sosialkontoret, arbeidskontor, trygdekontor?

En fra spesialisthelsetjenesten, Put, psyk, etc

En i ditt nettverk som du plukket selv

Er planen en del av det dere snakker om i møtene mellom dere?

**(Relasjonen)**

Hvordan opplever du samhandlingen med den sosialarbeideren du har kontakt med?

Hvem bestemmer?

Bestemmer du noe? Hva?

Bestemmer du over den hjelpen du ønsker å motta?

**(Koordinerte)**

Opplever du at tjenestene er koordinerte/ samkjørte?

at den ene etaten vet hva den andre gjør?

At de i samme etat vet hva den andre gjør?

Ønsker du at de skal være samkjørte?

**(Helhetlig)**

Dekker de dine behov?

Hvordan?

Hva dekkes ikke?

**(Individuelt tilpasset)**

Opplever du at de tjeneste du mottar er tilpasset deg og dine behov?

Samsvarende det med de behovene du mener du har for hjelp fra det offentlige?

Hvilke offentlige tjenester mener du at du trenger?

Ville du da ha et godt liv etter din vurdering?

Hva er et godt liv for deg?

**(Evaluering)**

Går dere gjennom planen jevnlig?

Hvor ofte?

Hvem bestemmer det?

Hvorfor ble planen endret?

Har dere/du noen gang endret innholdet i planen?

Hvor ofte?

Hvem bestemmer det?

Hvorfor ble planen endret?

**(Ansvarsgruppe)**

Er planen knyttet til en ansvarsgruppe?

Var det noe du ønsket eller andre? Hvem

Hvordan opplever du ansvarsgruppen?

**(Klage)**

Har du noen gang klaget?

Hva klaget du på?

Hva skjedde?

Vi har de siste årene fått et **nytt lovverk som gir brukere med mange og langvarlige behov rett til en individuell plan:**

har du hørt om det?  
Hva vet du om det?  
Hvordan har du fått høre om det?  
Opplever du at det er det samme som du har?

**Er planen nyttig for deg?**  
**Hva skal til for at en slik plan skal bli nyttig for deg?**  
**Hvem er planen mest nyttig for deg, mener du?**  
Hvem eier den, hvem sin plan er det?

**Type rusproblemer.**  
Hvor lenge har du hatt problemer med rusmidler?  
Hva slags rusmidler?  
Vil du si at du stor rusproblemer?  
hvis du skulle svare på en skala fra 1 til 10, hvor ville du være da?

Hvis du skulle tenke helt fritt, hva ville være den beste hjelpen helse og sosialkontoret kunne bistå deg med i din situasjon?

## Vedlegg nr. 5: Intervjuguide; individuelle intervju av brukere med rusmiddelproblemer 2. og 3. runde

### *Intervjuguide for Individuell Plan- et nyttig redskap innen sosialt arbeid for å bistå brukere med rusmiddelproblemer?*

Målgruppe: Brukere med Individuell Plan

Dato:

Kvinne /mann:

Fødselsår:

LAR pasient: ja/nei

1) Du har i dag en plan -en IP?  
Hva kom det av at du fikk en slik plan?  
Var det du som ba om å få en slik plan?  
Visste du om at det var mulig å få en slik plan?  
Fikk du informasjon om individuell plan av sosialarbeideren?  
Fikk du infobrosjyre?  
Hva vet du om individuell plan?  
Fikk du informasjon om du kan klage?  
Hva vet du om dine klagemuligheter?

#### **(Frivillighet og samtykke):**

Har du opplevd at dette var frivillig å ha en slik plan eller noe du måtte ha?  
Har du samtykket i det/skrevet underskriften din på at dette vil du?  
Hva med opplysninger til andre instanser, har du blitt spurt om hvilke opplysninger som kan gå til andre?  
Har du nektet det?  
Hvem var de opplysningene til?

Har noen av dine pårørende vært med underveis?  
Hvilken rolle spiller de?

#### 2) Relasjonsarbeid:

Gikk det i ditt tempo, for fort, for sakte, eller sakte.

Fortell om hvordan dette fungerte.

Synes du at du fikk den tiden du trengte til å lage en INDIVIDUELL PLAN?

#### 2.2 Spilleregler:

Fikk du informasjon om hvilke fordeler og begrensinger individuell plan kan ha, før dere begynte å lage den,?

Hva fikk du vite?

Snakket dere om hvordan dere skulle arbeide for lage en plan? Fortell

Snakket dere om at det var viktig at du deltok selv?

Mener du det er viktig at du deltar selv i dette planarbeidet? Hvorfor/ hvorfor ikke?

#### **(Brukermedvirkning):**

Hvem laget/ utarbeidet den?

Hva gjorde du da dere laget planen?

Hva gjorde sosialarbeideren?

Synes du at du at sosialarbeideren hørte på din mening?

Når du ser tilbake på det som skjedde, synes du at din individuelle plan er laget tråd med hva du mener er viktig for deg?

Hva var viktig for deg?

**Koordinator**

Hvem er din koordinator?

Var det en du valgte selv?

Eller ble du tildelt en?

Hvem ville *du* skulle fulgt opp din plan, som passet på at du fikk de tjenestene som det stod i planen, ringte de som var involvert, talte din sak?

En fra kommunen; sosialkontoret, arbeidskontor, trygdekontor?

En fra spesialisthelsetjenesten, Put, psyk, etc

En i ditt nettverk som du plukket selv?

Har du hatt den samme koordinatoren som har fulgt deg opp i forhold til planen?

Hva gjør koordinatoren/saksbehandleren for deg i forhold til planen?

Er det en god idé at de ter den samme hele tiden?

Hvorfor/hvorfor ikke?

**(Kartlegging)**

Fortell meg hvordan fant dere ut hva som skulle stå i din Individuell plan?

Fortell meg hvordan kom dere fram til hva som skulle stå i planen?

(Foretok de/dere en kartlegging?)

Ble du spurt om hvilke mål du hadde og behov du hadde for hjelp/tjenester og hva du kunne klare selv?

Kan du fortelle meg om det?

**(Innhold)**

MÅL:

Hvilke mål inneholder planen din?

Er det de samme målene som du ville ha?

Hvordan forholdt sosialarbeiderne seg til de målene du mente var viktige for deg?

Kom de med i planen? eller ble det endret? Hva ble endret og hvordan/hvorfor skjedde det?

Kom alle dine mål med i planen?

Var det noen som ikke kom med?

Hvordan kom dere fram til hvilke mål dere først skulle arbeide med?

**(Tiltak)**

Hvilke tiltak står i din plan?

Er det de tiltakene som du ville ha som står i din INDIVIDUELL PLAN for å målene som er beskrevet?

Hvilke tjenester får du som står i den?

(helsetjeneste: primærhelstj/spes.helsetjeneste/tannhelsetjeneste,Jfr.pasientrettighetsloven §1-3)

Er det det du trenger som står i den?

Eller er det noe mener du trenger som ikke står i den?

Er alle tiltakene tiltak som du vil ha?

Ble noen av tiltakene endret? Hvorfor og hvordan skjedde det?

**(Tillatelse til å se planen)**

Har du din INDIVIDUELL PLAN her?

Får jeg se den?

Har du den ikke, men kan jeg se den på sosialkontoret?

**(Relasjonen)**

Hvordan opplever du samhandlingen med den sosialarbeideren du har kontakt med?

Hvem bestemmer?

Bestemmer du noe? Hva?

Bestemmer du over den hjelpen du ønsker å motta?

**(Koordinerte)**

Opplever du at tjenestene er koordinerte/ samkjørte?

At den ene etaten vet hva den andre gjør?



Ønsker du at de skal være samkjørte?

**(Helhetlig)**

Dekker de dine behov? Hvordan? Hva dekkes ikke?

**(Individuelt tilpasset)**

Opplever du at de tjeneste du mottar er tilpasset deg og dine behov?  
Samsvarer det med de behovene du mener du har for hjelp fra det offentlige?  
Hvilke offentlige tjenester mener du at du trenger?  
Ville du da ha et godt liv etter din vurdering?  
Hva er et godt liv for deg?

**(Evaluerings)**

Går dere gjennom planen jevnlig?  
Hvor ofte?  
Hvem bestemmer det?  
Hvorfor ble planen endret?  
Har dere/du noen gang endret innholdet i planen?  
Hvor ofte?  
Hvem bestemmer det?  
Hvorfor ble planen endret?

**(Ansvarsgruppe)**

Er planen knyttet til en ansvarsgruppe?  
Var det noe du ønsket eller andre? Hvem?  
Hvordan opplever du ansvarsgruppen?  
Planen i møter:  
Er planen en del av det dere snakker om i møtene mellom dere?

**(Klage)**

Har du noen gang klaget?  
Hva klaget du på?  
Hva skjedde?

Vi har de siste årene fått et **nytt lovverk som gir brukere med mange og langvarlige behov rett til en individuell plan:**

har du hørt om det?  
Hva vet du om det?  
Hvordan har du fått høre om det?  
Opplever du at det er det samme som du har?

**Er planen nyttig for deg?**

Hva skal til for at en slik plan skal bli nyttig for deg?  
Hvem er planen mest nyttig for deg eller sosialarbeiderne?  
Fortell meg om hvorfor du mener det  
Hvem sin plan er det, hvem eier den?

**Type rusproblemer.**

Hvor lenge har du hatt problemer med rusmidler?  
Hva slags rusmidler?  
Vil du si at du stor rusproblemer?  
hvis du skulle svare på en skala fra 1 til 10, hvor ville du være da?

Hvilke råd har du å gi til de ansatte på sosialkontoret når de skal lage en individuell plan sammen med brukerne?

Hvis du skulle tenke helt fritt, hva ville være den beste hjelpen helse og sosialkontoret kunne bistå deg med i din situasjon?

## Vedlegg nr. 6: Intervjuguide; individuelle intervju av helse- og sosialarbeidere

Individuelt intervju av sosialarbeidere om brukermedvirkning. Høst 2006 –men ble våren 2007 pga it- sletting av tidligere data.

Alder

Profesjon

Når ble du utdannet

Hvor lenge har du arbeidet med rus?

Hvor lenge har du arbeidet her?

- Hvordan jobber du med IP i forhold til brukermedvirkning i og brukere med rusmiddelproblemer:
  - Hva er det i din måte å arbeide på som gjør at du vil kalle det brukermedvirkning?
  - Mener du at det er annerledes å arbeide med brukermedvirkning overfor denne gruppen?
- Fortell meg et eksempel på en gang synes du fikk til brukermedvirkning
  - Hva kommer det av at du synes at dette er et godt eksempel brukermedvirkning?
  - Er det noen betingelser du mener er sentralt for at det gikk så bra?
- Og et eksempel på når du synes du synes du ikke får det til?
  - Hva kommer det av at du synes dette er et eksempel på at det ikke gikk bra med brukermedvirkningen?
  - Er dette noe som du kan kalle for generell betingelser?
- Hva mener du om kommunens dataprogrammer i forhold til IP
- Hva mener du om kommunens interne rutiner for ip?
- Har du satt deg inn i SH-dir sin veileder?
  - Hadde du sett i den før vi var på Sola
  - Har du sett mer i den etter at vi gikk gjennom den på Sola?
- Hva mener du om lovverk etc.
  - Kjente du til det før vi startet prosjektet?
    - Vet du mer om lovverket nå?

Tror du at

- Mener tjenestebrukere med rusmiddelproblemer og helse- og sosialarbeidere at individuell plan faktisk fører til at tjenestene blir
  - koordinerte, hvordan?
  - helhetlige, hvordan?
  - og individuelt tilpassede tjenester?
- 
- Hva mener tjenestebrukere med rusmiddelproblemer og helse- og sosialarbeidere det er som eventuelt gjør at individuell plan er problematisk i forhold til brukere med rusmiddelproblemer?

- Mener helse- og sosialarbeiderne at de arbeider/tilrettelegger for tjenestebrukernes mulighet for medvirkning i utarbeidelsen, iverksetting og oppfølgingen av individuell plan?
- Mener du at tjenestebrukere med rusmiddelproblemer at har mulighet for medvirkning i utarbeidelsen, iverksetting og oppfølgingen av individuell plan?
- Kjenner du til noen som har benyttet seg av sin klageadgang i forhold til pasientrettighetsloven § 3-1 og lov om sosiale tjenester §8-4?

**Prosjektdeltakelse:**

- Hvilke forventninger hadde du da du hørte om du skulle delta i dette prosjektet?
  - Har det blitt slik?
  - Hva er likt?
  - Hva er annerledes?
- Hvordan har det vært for deg å delta?
- Har det bidratt med noe for din del?
  - Hva?

Hva mener du er viktig når man har et slikt prosjekt på et helse – og sosialkontor

## Vedlegg nr. 7: Mail fra seniorrådegiver Flæte og Egeland 7. mai 2010

Hei,

Jeg har gjort en spørerrunde på huset. Svaret finner du under. Håper dette var oppklarende!

Vennlig hilsen

**Kathrine Egeland**

Seniorrådgiver/ avdeling psykisk helse og rus

tlf.: 810 20 050, dir.: 24 16 35 90 / keg@helsedir.no

**Helsedirektoratet**

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo, Universitetsgata 2 / [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

**Fra:** Ingjerd Kvalvaag Flæte

**Sendt:** 7. mai 2010 11:33

**Til:** Kathrine Egeland

**Emne:** SV: VS: Forskrifter til sosialtjenesteloven

Hei

Hjemmelen for å kunne gi forskrift er ikke brukt.

Tidligere retningslinjene, diverse rundskriv, for LAR-behandling hadde bl.a. som vilkår for søknad at det fulgte med "tiltaksplan" for et helhetlig rehabiliteringsopplegg. I nevnte retningslinjer/rundskriv ble det gitt noen momenter mht innholdet i en slik plan, men ingen forskrift. Så kom reglene om IP etter hvert. Håper dette er ok svar.

IKF

**Fra:** Kathrine Egeland

**Sendt:** 7. mai 2010 10:49

**Til:** Ingjerd Kvalvaag Flæte

**Emne:** VS: VS: Forskrifter til sosialtjenesteloven

Kjenner du til en forskrift om innhold i tiltaksplan som var på planstadiet i 1998? Ble den ikke noe av?

Vennlig hilsen,

**Kathrine Egeland**

Rådgiver / Avdeling psykisk helse og rus / tlf. dir.: 63590

## Vedlegg nr. 8: Internveileder;

### Veileder for bruk av individuell plan 2007

|   |   |
|---|---|
| <b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b>  |   |
| <b>INDIVIDUELL PLAN- ET NYTTIG REDSKAP? -</b>                               | 3 |
| <b>ARBEIDSPROESSEN MED INDIVIDUELL PLAN</b>                                 | 4 |
| <b>1) FØROVERVEIELSESFASEN</b>  | 5 |
| 1.1 Informasjon og dialog om IP   | 5 |
| <b>2) OVERVEIELSESFASEN</b>   | 5 |
| 2.1 Relasjonsarbeid   | 5 |
| 2.2 ”Spilleregler”  | 5 |
| 2.3 Søknad og vedtak  | 5 |
| 2.4 Samtykkeerklæring til utarbeidelse av individuell plan                  | 6 |
| 2.5 Koordinatorens oppgaver og ansvar                                       | 6 |
| 2.6 Overveielse av mål for framtiden  | 6 |
| <b>3) FORBEREDELSESFASEN</b>  | 6 |
| 3.1 Dialog om brukers mål, ressurser og behov for støtte                    | 6 |
| 3.2 Utarbeidelse av utkast til individuell plan                             | 6 |
| 3.3 Møte med aktuelle parter for å avklare ansvar og oppgaver               | 7 |
| 3.4 Utarbeidelse av planen, med mål og tiltak med navn på involverte parter | 7 |
| <b>4) HANDLINGSFASEN</b>  | 7 |
| 4.1 Partene iverksetter oppgaver og ansvar                                  | 7 |
| 4.2 Innkalling til møter  | 7 |
| 4.3 Planen justeres ved behov   | 7 |
| <b>5) VEDLIKEHOLDSFASEN</b>   | 8 |
| 5.1 Partene følger opp oppgaver og ansvar                                   | 8 |
| 5.2 Evaluering  | 8 |
| 5.3 Journalføring   | 8 |

## Individuell plan (IP) - et nyttig redskap?

Dette er et veiledningshefte som skal brukes i prosjektperioden: Individuell plan (IP) -et nyttig redskap for brukere med rusmiddelproblemer?

██████████ helse- og sosialkontor har som mål å få IP til å bli et nyttig redskap både for brukere med rusmiddelproblemer og sosialarbeidere. For å nå målsettingen mener vi det er vesentlig at planen blir et levende dokument. En plan er levende når den gir mening til bruker så vel som sosialarbeider.

Skal en plan bli meningsfull for bruker:

- må planen ta utgangspunkt i den enkelte brukers ønsker, behov og egne ressurser
- må bruker i størst mulig grad medvirke aktivt i utformingen av mål, tiltak og i evaluering av planen. Det må ikke stå noen mål i planen som ikke bruker vil ha med
- må bruker oppleve eierforhold til planen
- må planen brukes aktivt i samtaler og på møter

Skal planen bli meningsfull for sosialarbeider:

- må sosialarbeideren ha tro på at IP er et nyttig redskap
- må sosialarbeideren ha tro på at planen bidrar til noe mer enn samtalen
- må sosialarbeideren ha tro på at bruker har mulighet til å endre sitt liv
- må sosialarbeideren gå inn i en relasjon preget av likestilling

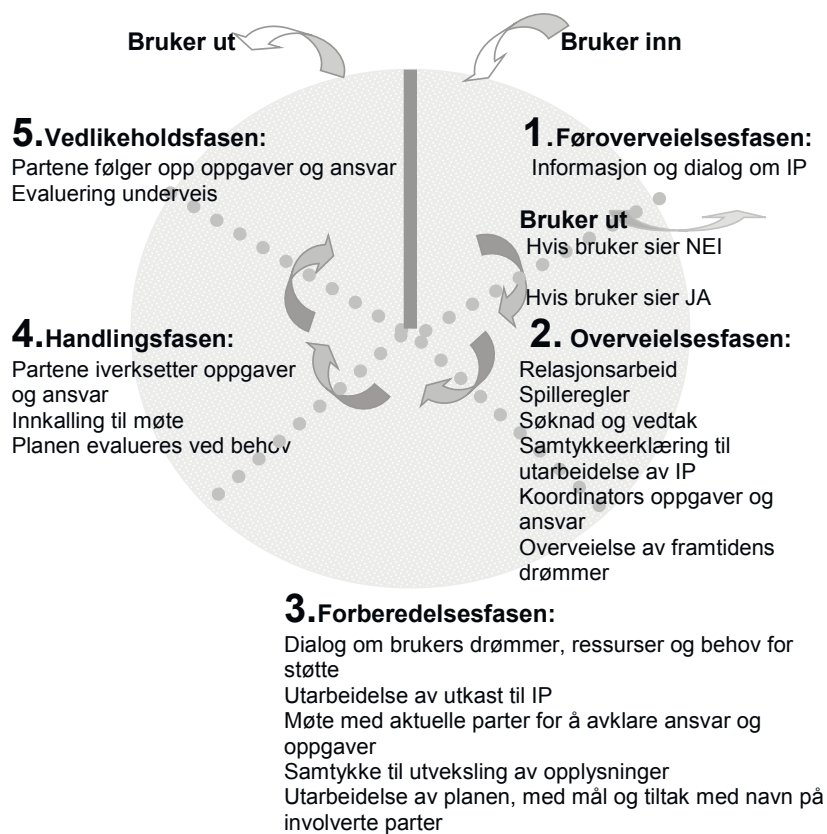
Et viktig grunnlag for utarbeidelse av individuell plan er at brukeren hele tiden er i fokus – BRUKERENS MEDVIRKNING!

Med brukermedvirkning mener vi:

Helse- og sosialarbeideren skal tilrettelegge for at brukers meninger om sine mål og aktuelle tiltak er styrende i relasjonsprosessen under utarbeidelse, iverksetting og oppfølging av den individuelle planen. Den endelige planen vil derfor konkret gjenspeile brukerens meninger –noe som også ivaretas i det videre arbeidet ved evalueringer.

Prosjektmedarbeider ██████████ Prosjektleder Kristin Humerfelt

## Arbeidsprosessen med individuell plan



## 1) Føroverveielsesfasen

### 1.1 Informasjon og dialog om IP

- Informer om IP på en inspirerende og positiv måte. Redegjør for IP som et nyttig verktøy som kan bidra med bevisstgjøring av brukers mål og delmål, og hvilke tiltak som skal til for å nå målene. Videre at IP kan være til hjelp i samhandlingen mellom bruker og de involverte parter. Informer om at bruker kan klage:
  - over at det ikke er blitt utarbeidet noen IP hvis bruker tilfredsstillere kriteriene
  - hvis planen ikke fyller de krav til innhold som følger av lov og forskrifter
  - over manglende medvirkning i planarbeidet
  - over at det er språk mellom de tjenester planen beskriver og de tjenester vedkommende faktisk fårHelsetilsynet er klageinstans for klage etter helselovgivningen. For klage etter sosiallovgivningen gjelder klagebestemmelsene i sosialtjenesteloven og forvaltningsloven (se vedlegg).
- Gi bruker informasjonsbrosjyren (se vedlegg).

## 2) Overveielsesfasen

### 2.1 Relasjonsarbeid

- Ta deg tid og legg vekt på å ikke gå fortere fram enn brukers tempo når du skal begynne arbeidet med IP. Trygghet, tillit og gjensidig respekt er avgjørende for at bruker skal kunne medvirke i planprosessen. Trygghet og tillit tar tid å opparbeide.

### 2.2 ”Spilleregler”

- Samtal med bruker om muligheter og begrensinger som ligger i IP.
  - Eksempelvis muligheter til å få koordinerte tjenester, men ikke rett på tjenester.
- Samtal om betydning av brukers aktive deltakelse i prosessen ved utarbeidelsen og oppfølgingen av IP, og hvilke konsekvenser dette kan ha i forhold til muligheter og begrensninger.
- Avklar begges syn på hvordan utarbeidelsen og oppfølgingen av IP skal foregå, slik at begge parter får en mest mulig ”lik” forståelse av arbeidsprosessen og hensikten
- Det er viktig at bruker forstår at om arbeidet med i IP av en eller annen grunn *ikke* fungerer, vil ikke dette kunne medføre negative konsekvenser for andre tjenester fra helse- og sosialkontoret.
- Avklar med bruker om hun/han ønsker å bli minnet på avtaler i forkant pr. sms / oppringning.

### 2.3 Søknad og vedtak

- Dersom bruker ønsker en IP, søk på søknadsskjema: ”Forespørsel om helse- og sosiale tjenester” (se vedlegg). Forespørselsskjema finnes på cos.doc dokumentbasen under skjema.
- Vedtak skrives i cosdoc (se vedlegg). Se også en kort prosedyre for bruk av cosdoc (se vedlegg).
- Hvis du trenger å innhente opplysninger fra andre instanser for å skrive søknaden må bruker skrive under Samtykkeerklæring for innhenting av opplysninger. Brukers medbestemmelse vedrørende opplysningsflyten diskuteres og avklares. Samtykkeerklæring ”Samtykke til utveksling av opplysninger” underskrives (se vedlegg).



- Bruk helst samtykkeerklæringen fra Stavanger kommune i cos.doc (se vedlegg), alternativt samtykkeerklæring i socio (vedlegg).
- Ved bruk av socio, må bruker i tillegg registreres i cosdoc og det må skrives i cosdoc at IP saksbehandles i socio.

## 2.4 Samtykkeerklæring til utarbeidelse av individuell plan

- Når bruker har fått innvilget vedtak om IP, må bruker skrive under på "Samtykkeerklæring til utarbeidelse av min individuelle plan" (se vedlegg). Bruker inngår et informert samtykke, derfor må erklæringen gåes igjennom med bruker før den underskrives.

## 2.5 Koordinatorens oppgaver og ansvar

- Informer om retningslinjer:
  - ved valg av plankoordinator, se prosedyrer for utarbeidelse av IP i Stavanger kommune i QMS (se vedlegg).
  - og kjøreregler ved valg av koordinator i cosdoc (se vedlegg).
  - koordinators oppgaver og ansvar (se vedlegg).
- OBS!: I prosjektperioden anbefales at kurator er koordinator.

## 2.6 Overveielse av mål for framtiden

- Bruker oppfordres til å tenke gjennom hva som er hennes/hans mål og ønsker for sin IP til neste samtale. Bruker kan eventuelt få med seg hjem en "Mal for individuell plan" som forslag til aktuelle områder for å arbeide videre med. Det er mal i cosdoc og socio (se vedlegg). Malen kan justeres etter hva som er nyttig for bruker.

# 3) Forberedelsesfasen

## 3.1 Dialog om brukers mål, ressurser og behov for støtte

- Samtal med bruker om hva hun/han har som mål og ønsker for framtiden.
- Dersom det er vanskelig for bruker å komme med mål:
  - benytte "Hjelpespørsmål til kartlegging.." (se vedlegg)
  - og / eller benytt spørsmål i; "Spesiell del om livskvalitet, individuell plan for psykisk helse 2001" (se vedlegg).
- Hvilke tiltak mener bruker er nødvendige for å kunne nå sine mål? Ha fokus på brukers ressurser (se vedlegg).
  - Hva mener bruker at hun / han selv kan ta ansvar for?
  - Hva trenger bruker støtte til fra andre?
- Samtal med bruker om hvordan hun/han/dere kan komme forverring av livssituasjonen i forkjøpet. Eventuelt benytt skjema for "Varseltegn og kriseplan" (se vedlegg).

## 3.2 Utarbeidelse av utkast til Individuell plan

- Når brukers mål og aktuelle tiltak er klargjort, starter arbeidet med å skrive et utkast til en IP sammen med bruker.
- Målene må prioriteres. Mål og tilhørende tiltak som prioriteres må være SMARTE:
  - **S**pesifikke -konkrete
  - **M**ålbare -en må kunne si om målet er nådd eller ikke ved bruk en av de fem sansene

- **Attraktive/Aktiverende** -målet må være ønsket av bruker, ikke av andre
- **Realistiske** -mål kan være enkelt eller ambisiøst, men må være realistisk for bruker
- **Tidsavgrenset** -sett en tid for gjennomføring av tiltak og oppnåelse av mål
- **Evaluerbare** -målene må kunne sies å være oppnådd eller ikke
- La tvilen komme bruker til gode om det oppstår usikkerhet om **målenes** realisme. Det skal *ikke* skrives mål i planen som ikke bruker vil.
- Når målene er prioritert, konkretiseres alternative tiltak i et utkast til IP.
- Alle **tiltak** må være mest mulig i tråd med brukers meninger. Uenighet mellom bruker og sosialarbeider må tydeliggjøres i planen.
- Bruk helst malene fra cosdoc, det finnes to utskriftsmåter på malen (se vedlegg). I startperioden kan mal i socio anvendes og den scannes inn i cosdoc (se vedlegg). Malen finnes under fritekst 1 eller avtalekartotek.

### 3.3 Møte med aktuelle parter for å avklare ansvar og oppgaver

- Når utkastet er klart, innkaller koordinator sammen med bruker til ansvarsgruppemøte med alle involverte parter. Det anbefales at alle parter får utkast til IP tilsendt i god tid før møtet.
- Brukeren er en av de involverte parter på lik linje med andre.
- Det er viktig at koordinator bidrar til at bruker ser deltakelsen som en mulighet til å påvirke prosessen. Bruker kan eventuelt ha med en støtteperson.
- Utkast til IP presenteres og diskuteres i gruppen.
- Partene klargjør hva de kan bidra med i forhold til brukers tiltaksbehov. Dette må redegjøres for på en måte så bruker forstår hva partene kan bidra med i oppfølgingen av den individuelle planen. Tips til gjennomføring av ansvarsgruppe finnes i QMS (se vedlegg)
- Informere om brukers samtykke til opplysningsflyt.
- I dette møtet må det redegjøres for at [redacted] helse- og sosialkontor har et prosjekt i forhold til IP. Det er derfor ønskelig at den individuelle planen blir arbeidet slik det er beskrevet i denne veilederen, eksempelvis at IP skal brukes i ansvarsgruppemøter, se under punkt 4.2.

### 3.4 Utarbeidelse av planen, med mål og tiltak med navn på involverte parter

- Den individuelle planen utarbeides i samarbeid med bruker, og brukers ønsker skal høres.
  - Det må ikke stå noen mål i planen som ikke bruker vil ha med.
  - Planen bør inneholde de 9 punktene som er beskrevet i veileder fra Sosial og helsedirektoratet (se vedlegg).
  - Planen må inneholde mål og delmål som ivaretar brukers ønsker.
  - Målene kan være enkle og ambisiøse.
  - Antall mål vil variere. Begynn gjerne i det små og øk antall mål etter brukers ønsker og fungering.
  - Planen må inneholde hvilke tiltak som kan bidra til at målene blir nådd.
  - Planen bør inneholde tidsramme for når mål, delmål skal innfris og når hvilke tiltak skal settes i verk av hvem av de involverte parter.
- Alle parter skriver under på planen med navn og informasjon om hvordan og innenfor hvilken tid de kan kontaktes av bruker ved behov (se vedlegg).
- Kopi til alle parter inkludert bruker.

## 4) Handlingsfasen

### 4.1 Partene iverksetter oppgaver og ansvar

- Den individuelle planen iverksettes. Brukeren og alle de involverte partene tar ansvar for de oppgaver de er blitt enige om i planen.

### 4.2 Innkalling til møter

- Koordinator i samråd med bruker innkaller til jevnlige møter/ ansvarsgruppemøter.
  - Alle parter vil ikke alltid delta, det avhenger av hva bruker ønsker å ta opp og hensikten med møtet.
  - Planen fungerer som dagsorden på møter.
  - Planen justeres i møter og fungerer som referat. Slik vil planen være et dynamisk redskap.
- Starten på handlingsfasen kan være en kritisk fase, hvor det anbefales å ha hyppige møter for å sikre at planen justeres i tråd med brukers livssituasjon.

### 4.3 Planen justeres ved behov

- Planen justeres etter endringer av mål, behov og ønsker.

## 5) Vedlikeholdsfasen

### 5.1 Partene følger opp oppgaver og ansvar

- Med utgangspunkt i planen fortsetter alle involverte å ta ansvar for oppgaver som er beskrevet i planen.
- Koordinator i samråd med bruker innkaller til møter / ansvarsgruppemøter etter behov
  - Planen fortsetter å fungere som dagsorden.
  - Planen fungerer som referat.

### 5.2 Evaluering

- Planen evalueres underveis og endres etter som brukers mål og tiltak forandres.
- I begynnelsen kan det være lurt å evaluere hyppig for å få en plan som stemmer med brukers livssituasjon. Hjelpespørsmålsskjema kan benyttes (se vedlegg).

### 5.3 Journalføring

- Hvis du har skrevet og godkjent den individuelle planen i cosdoc vil alle justeringer og evaluering i ytterste kolonne i utskriftsmalen automatisk bli oppdatert i journalen, men mål og tiltak kan da ikke endres. En kan imidlertid evaluere planen ved å gå inn på tiltak under hvert mål og "klikke" på "ny evaluering" i nederste mappe/knapperad. Nye mål og tiltak kan eventuelt da settes inn. I utskriftsform vil det da komme frem en ny kolonne/nytt felt for evaluering. Hvis du ikke godkjenner planen i cosdoc kan du endre planens mål og tiltak underveis. Det kan derfor være lurt å ikke godkjenne planen på cosdoc før evaluering er foretatt. Legg gjerne inn OBS dato for hvert år i cosdoc. Dette vil bidra til at du har dokumenter som viser brukers utviklingsprosess.
- På papirdokumentet kan bruker og alle involverte parter godkjenne den individuelle planen og bruke den aktivt og dynamisk, uavhengig av om du har

godkjent planen i cosdoc. Slik er det et skille mellom godkjenning på data og på papir.

- Ved bruk av socio skrives evalueringer av IP i journal og i tillegg scannes i cosdoc. Ved evaluering i socio er det viktig å skrive inn evalueringsdato og eventuelt dato for ansvarsgruppemøte. Dette bidrar til at planen blir oppdatert og et levende dokument.
- Planen må være underskrevet av alle parter før den scannes inn. OBS vær oppmerksom på at etter en måned låses journalen for oppdatering og må derfor kopieres for å kunne endres.

aug 2007

## Vedlegg nr. 9: Lettlest brosjyre

Brosjyren brettes tre ganger.

Utside:



Innside:

