

Hvordan kan overordnede mål og uklare formuleringer om tjenestetilbud i individuelle planer (IP) gi motivasjon og mestringsfølelse?

Studien viser hvordan mål og tjenester har blitt nedtegnet i IP. Data fra 13 IP'er som tilhører personer over 18 år i Sør Norge.

Gro Johannessen

Veileder

Åshild Slettebø

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2013
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap,
Institutt for folkehelse, idrett og ernæring.

Sammenbindingen

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn	1
Teori	3
Design og metode	6
Resultater	9
Metodekritikk	10
Litteraturliste/referanseliste for sammenbindingen	16
Artikkelen	
Vedlegg	
1. Godkjenning NSD	
2. Endringsgodkjenning fra NSD	
3. Brev til koordinerende enhet	
4. Brev til planeier	
5. Brev til koordinator	
6. Skjema for oppstilling av forespurt informasjon	
7. Authors guidelines SJoPHC	

Sammendrag

Prosjektets bakgrunn. Individuell plan (IP) er en pasientrettighet som utløses ved behov for langvarige og koordinerte tjenester. En IP er en personlig plan der pasienten og en tjenesteyter jobber med å finne mål, ressurser og behov for tjenester. Teorien sier at klare, målbare ønsker og drømmer for egen helse og situasjon, fører til økt motivasjon, mestringsfølelse og opplevelsen av å styre eget liv. **Hensikt og problemstillinger.** Studiens hensikt er å undersøke hvordan pasientens mål og tjenester kommer til uttrykk i skrevne planer. **Utvalg og metode.** Vi rettet en henvendelse via telefon og e-post til koordinatorene. Koordinatorene videresendte etterspurt, anonymisert informasjon med de faktiske formuleringene av mål og tjenester som tilhørte personer over 18 år. **Resultater.** Svar fra 8 koordinatører foreligger. Til sammen 13 menn og kvinner er inkludert i materialet. Målene som presenteres er overordnede mål og grunnleggende behov, med ønske om å «være trygg» og å «ha en jobb». Tjenestene framstilles enten ved tjenestens navn («NAV», «Psykiatrisk sykepleie») eller ved å knytte en tjeneste til et målområde («ha noen med meg» - «12 timer praktisk bistand»). **Konklusjon.** Utvalget er lite, men representerer ulike pasientgrupper. Målene er til dels lite konkrete. De representerer mer drømmer og ønsker enn målbare størrelser. Oppnåelsen av mål eller opplevelsen av bevegelse i ønsket retning, kan gi motivasjon og mestringsfølelse. Dersom det ikke er sammenheng mellom tjenestetilbudene og målene, blir det vanskelig å si om planeier har nærmet seg målene. Målformulering utformingen av tjenestetilbudet bør bli mer fokusert i arbeidet med IP.

Nøkkelord; Individuell plan (IP), mål og målsetting, motivasjon, tjenestetilbud, pasientrettighet

Abstract

Background. All citizens have a right to an individual plan (IP) if they are in need of long-term, coordinated health services. An IP is a personal plan where the user participates along with health care professionals throughout the planning process. In theory measurable wishes and dreams on health leads to motivation and feeling of be in control of life. **Purpose and objective.** The aim of the study is to investigate individual plans (IP) and find out if the written content of the IP fulfilled the intention of goalsetting and outlining of services. **Selection and methods.** We asked coordinators to participate by collecting data from existing IPs belonging to adults in the South of Norway. The material was analyzed using a text condensating method. **Results.** 8 coordinators participated in the study and gave us data from 13 IPs. Many goals were of long-term and basic needs. Described services were presented either by the name of the unit or by the service itself. In most plans it was difficult to spot what the service provided was and what goal it was supporting. **Conclusion.** This is a small sample, but represents a variety of patients. Some goals are written in a way that makes them difficult to measure. This can reduce the effect of moving in a certain direction and can give the participants a feeling of no success. If there is a weak connection between the services and feeling of moving towards a goals the patient could minimize motivation. Therefore goal setting and service provision should be highlighted and focused more in the process of making an IP.

Key words; Individual plan (IP), goal setting, motivation, services, patients' rights

Bakgrunn

Individuell plan (IP) er en rettighet for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven – pasrl, 2011). Pasienten har rett til å få utarbeidet en individuell plan, og rettigheten er tilsvarende utformet som en plikt til å informere om og bidra til utarbeidelsen av IP bl.a. i helse og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), spesialisthelsetjenesteloven (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001), lov om psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999) og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven, 2006). Det er rettighet for pasienten, men ikke en plikt å takke ja til å få utarbeidet en IP.

Lovgrunnlaget for individuell plan er utvidet og revidert flere ganger siden det kom inn i regelverket i 2001. Det var en gjennomgående revisjon av lovverket knyttet til helse- og sosialtjenester med gyldighet fra 2012.

Pasienter som har rett til å få en IP har også rett til å få tildelt en koordinator (Forskrift om individuell plan, 2007) Koordinatoren, en av tjenesteyterne, har hovedansvaret for oppfølgingen av pasienten. Pasienten skal sikres et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det handler blant annet om at brukeren blir lyttet til, møtt med respekt, tillit og oppmuntring, og får bistand til å se muligheter. En IP kan øke forutsigbarhet og trygghet i møte med offentlige tjenester og tjenesteytere.

En IP er pasientens plan. Planprosessen starter med en kartlegging av pasientens ønsker og behov. Ut fra dette utarbeides det et plandokument i et samarbeid mellom brukeren og de aktuelle sektorer, etater og nivåer. Arbeidet med IP videreføres gjennom oppfølging, evaluering og revidering av planen. IP er en skrevet plan som skal fungere både som et verktøy og en prosess.

IP og koordinering av helsetjenestetilbud er nært relatert til rehabilitering.

Definisjonen av habilitering og rehabilitering er;

«tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og

mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»
(Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Det er gjort forskning på ulike forhold der IP er inkludert. Hvordan arbeidet med IP er forankret i kommunen, informasjonsutveksling, kontinuitet i koordinatorfunksjonen og tjenesteyterens idegrunnlag for utarbeidelse av planen. Brukerundersøkelser av pårørende og yngre personer med demens og bl.a. pasienter med syns- eller hørselsnedsettelse, kognitiv svikt, psykisk sykdom, bevegelses- eller rusproblem. I den siste inngikk en brukerundersøkelse med kvalitative intervju om prosess, erfaring og opplevelse av arbeidet med IP.

Arbeidet med og bruk av IP er godt forankret i myndighetenes beskrivelse av hva vi kan forvente av IP som innbyggere i Norge, det er laget veiledning og opplæring til de som skal håndtere dette. Det er opprettet en koordinerende enhet (KE) i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Disse enhetenes har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. I spesialisthelsetjenesten skal koordinerende enhet ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene. Kommunene skal registre forhold knyttet til befolkningen. Statistisk sentralbyrå (SSB) lager statistikk (Statistikkloven, 1990) som kommunene blant annet kan bruke i sin planlegging av helsetilbud i kommunen.

Et av hovedpunktene i innhold i IP skal være en oversikt over pasientens / tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester (Veileder til forskrift om individuell plan, 2010).

Nå finnes det mye skriftlig materiale og informasjon om hva som er intensjonen med IP og hvordan den kan utformes. Lovgiver, fagfolk, kommuner og brukere har kommet med innspill og uttalelser om hvordan ordningen oppfattes, men vi mangler informasjon om de eksisterende planene.

Dette prosjektet tar utgangspunkt i å undersøke hva som står i eksisterende planer, hvilke mål har pasientene, hvordan kommer disse til uttrykk, hvilke ord brukes til å beskrive målene og hvilke tjenester blir nedtegnet for å møte disse målene? Vi ønsker å se om nedtegningen i planene viser om intensjonen med

planen oppfylles. Vil leserne kunne bruke planen til å forstå de fremhevede mål og hvilke tjenester som tilbys for å møte målene?

Teori

Korresponderende rett og plikt til IP i gjeldende lovverk

Siden rettigheten til IP ble hjemlet i pasientrettighetsloven i 2001 har det ved flere revisjoner og videre arbeid med forskrifter og veiledere blitt fremhevet og forsterket hvordan helse, sosial og omsorgstjenestene skal samhandle med hverandre og med spesialisthelsetjenesten for å bidra til et helhetlig tilbud til den enkelte pasient.

Med samhandlingsreformen ble det blant annet ansvarsforhold tydeliggjort for arbeidet med individuell plan; ansvar for å oppnevne, gi opplæring og veiledning til koordinator (St. meld. nr. 47, 2008-2009).

Mange har bidratt til å støtte dette arbeidet gjennom å dele erfaringer, jobbe sammen om prosedyrer og forenkle håndteringen av dette arbeidet. Det er laget undervisnings- og brosjyremateriell (An individual plan, 2009; Individuell plan - informasjonsvideo, 2011; Prosjekt 'Individuell plan = Brukers plan', 2007). Det arrangeres erfaringskonferanser, flere kommuner samarbeider om arbeidet med dette (knutepunkt Sør – kommunenesamarbeid i Agder) og det er utviklet dataverktøy for å bidra til å styrke samarbeidet mellom pasienten og tjenesteyteren, og øke brukermedvirkningen (Dataverktøy, 2012; Sandvold & Moldesæther, 2012).

I statistikken fra SSB for 2012 (F1, Konsern - Pleie og omsorg - nivå 3 (K) etter region) hentet jeg statistikkvariabel «tjenestemottakere med individuell plan» er det i hele landet 22440 individuell planer. I samme periode er det registrert 60061 personer med statistikkvariabelen «Alle tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov». Dette viser omfanget av registrerte IP planer og mennesker som mottar tjenester fra kommunene. Noen pasienter som har rett til å få utarbeidet en IP kan velge å takke nei til dette. Man har rett på de samme helsetjenestene enten man takker ja til IP eller ikke. Motsatt har man ikke rett på andre, flere eller mer helsetjenester enn befolkningen for øvrig, dersom man takker ja til å få utarbeidet en IP.

Rehabilitering, motivasjon og mestring

Definisjonen av rehabilitering er presentert tidligere i oppgaven. Intensjonen i rehabilitering er gjennom samarbeid og felles innsats å bidra til at pasienten oppnår best mulig funksjon, selvstendighet og gjennom dette være med i sosiale sammenhenger og delta i samfunnet (Skogan, Wekre, Vardeberg, Hagen, & Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, 2004). Tjenestenes anstrengelser skal rette seg mot angitte mål som pasienten selv har vært med å forme. Teorien understreker betydningen av å sette klare mål og at tjenesteytere skal understøtte pasienten på veien mot målet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Lykkes man i dette arbeidet vil det gi grunnlag for opplevelse av mestring (Holum, 2012). Opplevelse av mestring vil igjen gi motivasjon. Når man har motivasjon for å nå mål, vil man kunne sette seg nye mål og hele denne prosessen vil kunne bidra til at pasienten får en positiv handlingsrekke som bringer han mot bedre helse. Verdens helseorganisasjon (WHO) har en idealistisk definisjon av helse (Health, 1948). Den har blitt kritisert av mange til å være for omfattende og gjøre at ingen kan oppnå denne tilstanden av god helse, men den er et mål og arbeide mot. Ulike mennesker vil ha ulike krav til opplevelsen av god helse (Fugelli & Ingstad, 2008). Arbeide med å bistå pasienten med å sette mål, finne de rette tjenestene som kan møte disse målene og sørge for at tjenestene blir utført på en koordinert måte, er tillagt koordinator å bistå med. Det er særlig tre ferdigheter som er sentrale i rollen som koordinator; evnen til å lede gruppeprosesser, evnen til å skape en god relasjon til brukeren, og evnen til å ha oversikt over tjenestetilbudet (Koordinatorrollen, 2010). Disse egenskapene kan øves opp. En måte å nærme seg dette på er å la tjenestemottakeren være delaktig i utvelgelsen av hvem som skal inneha funksjonen som koordinator.

Mål og målsetting

Mål, målsetting og målstyring blir ofte omtalt og diskutert i litteratur i forhold til organisasjoner. Dag Ivar Jacobsen og Jan Thorsvik sier om mål og plan at:

«Mål og målsetting er en klart formulert tanke, ide eller intensjon om en ønsket framtidig tilstand eller sluttpunkt et individ planlegger å oppnå. Mål kan gi retning til videre arbeid og styre utviklingen mot målet. Mål er det ønskede sluttresultatet, mens plan er framgangsmåten som brukes for å oppnå målet» (Jacobsen & Thorsvik, 2007)

Det ligger i ordet mål at vi skal kunne måle det. Målene skal være målbare for bare da kan vi si at vi har oppnådd dem. Dersom målet blir operasjonalisert, formet slik at det blir målbart, vil vi kunne få et resultat som enten er likt med et beskrevet mål, evt. at det er ulikt ønsket mål. Arbeidet med å styre mot et mål, er ofte beskrevet som en prosess, når vi når et mål kan vi lage nye mål og således komme videre, utvikle oss. Vi snakker om overordnede mål, langsiktige mål og delmål. Dersom vi lager delmål er det lettere å tenke at disse kan la seg måle og på denne måten synliggjøre at vi oppnår et resultat og på bakgrunn av det kan sette oss nye delmål. Det er utviklet ulike modeller for å beskrive denne prosessen. Haukedal har i sin modell for målsettingsarbeid bl.a. at målet må ha en retning, det skal være spesifikt, realistisk og tidsbegrenset (Haukedal, 2005). Resultatet av og nå et mål er gjenstand for tilbakemelding, vurdering, evaluering. Dette kan man bruke til å formulere et nytt mål med en ny retning og få et nytt målbart resultat. Slik kan dette bli en kontinuerlig prosess.

Det å sette seg mål kan være en uvant prosess for en som befinner seg i en situasjon der en må motta hjelp. Det er derfor viktig at pasienten opplever at det som registreres er det som er viktig for han. Ofte vil det være behov for bistand til å sortere tanker og klargjøre egne mål (Lohmann, Decker, Muller, Strobl, & Grill, 2011). Tillit til de involverte er en viktig faktor for å bli motivert og klare å tenke hva man ønsker for seg selv (Lökken, 2008).

Tjenestetilbud og tjenesteyting

I veilederen til forskrift om individuell plan (Veileder til forskrift om individuell plan, 2010) står det at formålet med planen er at tjenestemottakeren skal få et «helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud». Tjenestene som samfunnet yter skal bli sett på i sammenheng. Det at samfunnet har valgt å dele opp tjenestetilbudet til å komme fra ulike sektorer, avdelinger eller enheter skal ikke være til hinder for at tilbudet skal ytes som deler av en helhet eller oppleves av mottakeren som en helhet. Det skal koordineres slik at tilbudet fordeles og ytes slik at mottakeren får det tilbudet som er planlagt og ikke slik at det skjer at en tjenesteyter hindrer andre i utførelsen av sine tjenester. Planleggingen av tilbudet skal skje på bakgrunn av pasientens mål og behov for tjenester. Disse må derfor kartlegges og formidles videre For å få dette til skal en tjenesteyter til enhver tid ha

hovedansvar for oppfølgingen av pasienten og bidra til å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere fra ulike etater og tjenestesteder og pasienten (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Den tjenesteyteren som skal være bindeleddet mellom brukeren, se dennes behov og beskrive og samordne tjenestene er koordinatoren. Denne rollen er nærmere beskrevet i brosjyre om koordinatorfunksjonen;

«Koordinator skal ha brukerens mål i fokus i arbeidet med å kartlegge ressursene og mulighetene som finnes. Grunnlaget for å lykkes med koordineringsarbeidet er at en etablerer og vedlikeholder et forhold til brukeren, som er preget av tillit og respekt. Det er en fordel med god systemkunnskap og oversikt over tjenesteapparatet» (Koordinatorrollen, 2010).

Design og metode

Prosjektet er godkjent av etikk-komiteen i Fakultet for helse- og idrettsvitenskap (FEK) og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD).

Vi har fulgt standarden fra Helsinkideklarasjonen fra 2008 (Førde, 2010).

På bakgrunn av fenomenet vi ønsket å studere ble det valgt å gjøre en kvalitativ, deskriptiv studie. Ut fra en hermeneutisk tenkemåte ønsket vi å undersøke nedtegningen av mål og tjenestetilbud på en indirekte måte (Halvorsen, 2002). Materialet vi undersøkte var eksisterende individuelle planer. Analysemetoden var tekst analyse.

Etikk

Innsamlingen av data ble designet på denne måten for ikke å forstyrre eller påføre pasienten unødig stress. Mennesker som har behov for hjelp fra det offentlige i form av persontjenester er ofte i en sårbar situasjon. Studien ønsket å se på dokumentet, individuell plan, og hadde ikke til hensikt å undersøke pasienten eller andre forhold rundt denne. Ved å arrangere et møte ville vi kunne gi inntrykk av at vi skulle endre IP, gi andre eller flere tjenester eller gi pasienten andre fordeler. Dette var ikke tilfelle og vi skulle også bare se på deler av planene.

Utvalget

Dette forskningsprosjektet henter informasjon fra utarbeidede IP til tilhører personer over 18 år i Sør Norge. De har selvstendig rett til å gi samtykke til deltakelse i slik studie. Innsamlingen av data foregikk litt over et år, i to hovedperioder. Lovverket gir alle innbyggere rettighet til IP. For å avgrense utvalget ble målgruppen satt til å være personer over 18 år i 28 kommuner i Sør-Norge; Aust-Agder (Risør, Grimstad, Arendal, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Evje og Hornnes) , Vest-Agder (Kristiansand, Mandal, Farsund, Flekkefjord, Vennesla, Songdalen, Søgne, Audnedal, Lyngdal, Kvinesdal), Rogaland (Stavanger, Sandnes, Sola), Telemark (Kragerø, Porsgrunn) og Vestfold (Andebu, Nøtterøy, Tønsberg, Horten, Holmestrand, Drammen). Geografisk område ble valgt med tanke på at det kunne bli aktuelt å møte koordinatorene.

Første kontakt ble gjort til kommuner i Aust- og Vest-Agder ved å kontakte koordinerende enhet (KE) / systemansvarlig med forespørsel om å få kontaktinformasjon til koordinatorene for IP. Denne kontakten ble tatt via sentralbordet for å få e-post og/eller telefonnummer til rett person eller enhet i kommunen. Deretter sendte vi informasjon om forskningsstudien til de oppgitte e-post-adressene. Vi fikk kontakt med noen KE på denne måten. To kommuner svarte på vår henvendelse etter kort tid at de ikke ønsket å prioritere deltakelse i en slik undersøkelse.

Etter en tid ble det gjort en ny henvendelse til de vi ikke hadde hørt fra på telefon for å få bekreftet riktig adressat og deretter ny e-post.

Vi fikk inn få svar på vår henvendelse, vurderte antallet som for lite til å belyse det vi ønsket og etter en tid ble det gjort et nytt framstøt. Andre kontakt runde etter ca. et halvt år. Denne gangen utvidet vi det geografiske området. Kontaktet igjen KE i nye kommuner og fikk etablert kontakt med flere koordinatorene. Noen av koordinatorene ga etter purring beskjed på e-post eller pr telefon at pasientene ikke ønsket å delta i undersøkelsen, noen koordinatorene oppga at de ikke kunne bruke tid på å svare, noen KE hadde videresendt informasjon videre til sine koordinatorene med henstilling om å bidra. Noen koordinatorene tok kontakt med oss på e-post og telefon med ønske om mer informasjon om studien og hvordan vi ønsket innsamlet materiale tilsendt. Resultatet etter to puringer ble data fra flere planer. Til sammen hadde vi da en samling på 13 planer.

Ettersom tiden gikk og datafangsten var begrenset, som beskrevet, ble det besluttet å beskrive det materialet vi hadde og stanse videre rekruttering.

Tekst og tekstanalyse

Vi har valgt å se på det som står skrevet i IP. Hvilke ord som er brukt og hvordan det er skrevet ned. Analysen har gått på å tolke den nedskrevne teksten. Metoden går ut på å se om det finnes det ord eller sammenstilling av ord som går igjen eller kan være synonyme. Ordene kan grupperes dersom de oppfattes som like, med samme meningsinnhold. I tolkningen av teksten har vi sett på ordene i en sammenheng og forsøkt å finne meningen av ordene. Teksten i seg selv blir tolket av oss som lesere (selvforståelsesnivået) (Kvale, Brinkmann, & Anderssen, 2009). Den som har skrevet ned ordene har også gjort en tolkning og valgt ord som skal beskrive pasientens mål. Vi vet ikke om pasienten har diktert ordene som skal brukes for å beskrive mål, eller om dette er koordinatorens tolkning / forslag til formuleringer av pasientens mål. Hvordan vi som lesere av målene tolker ordene som er brukt er avhengig av hvordan vi forstår ordene. Dette har igjen sammenheng med vårt eget forhold til de samme ordene. Forskjellige personer vil kunne tolke de samme ordene forskjellig på bakgrunn av sin forståelse av ordene. Tolkning av tekst blir altså en subjektiv forståelse av ordene og ordenes betydning. Eiliv Vinje sier at «en tekst kan analyseres ved å dele den opp i enkelte faktorer, men ordene må sees på som del av en helhet og tolkingen av ordene må skje i lys av helheten» (Vinje, 1995). I vår analyse har vi sett på om ord i kolonnene gikk igjen eller kunne forstås som synonyme, med sammen meningsinnhold. I tolkningen av teksten må vi se på ordene i en sammenheng og finne ut meningen, innholdet i ordene.

Når intensjonen med IP er så godt beskrevet og hensikten med å skulle samhandle og koordinere tjenester er så sterkt tilstede, er det også viktig å finne ut hva som blir det konkrete resultatet befolkningen, pasienten, brukeren uttrykker i planene. For å finne ut av dette må vi gå rett til kilden og faktisk se på innholdet i eksisterende IP'er. Hvilke ord er det som brukes for å beskrive mål, hvilke mål har pasientene, er det forskjell på ordene som brukes avhengig av alder eller kjønn? Dette kan være noe av det som vil komme fram gjennom en slik gjennomgang.

Valg av framgangsmåte for å rekruttere koordinatorene og planiere ga færre planer enn først tenkt.

Resultater

Resultater som ikke er med i artikkelen:

Antall planer for koordinatorene og Hvor lenge har de vært koordinator

Rambøll (Rapport om individuelle planer, 2011) rapporten har også sett på antall koordinatorene og hvor mange IP'er hver koordinator har ansvar for. Vi har sett på hvor lenge de har vært koordinator for aktuell IP og hvor mange planer de er koordinator for. Vi har opplysninger om dette fra 12 av de 13 planene i vårt materiale.

Koordinatorene har hatt rollen fra måneder til 5 år. De fleste har vært koordinator i ca. 2 år. Antall planer koordinatorene har ansvar for varierer også. En har ansvar for 18 planer, en har for 14 planer. Det kan synes som om de har et mer overordnet ansvar for planene. De andre har fra to til fem planer. Dette antallet er det som rapporteres hyppigst i undersøkelsen til Rambøll (Rapport om individuelle planer, 2011). Et antall på inntil fem planer gir en støtte til ideen om at koordinatoren skal være kjent med pasienten, bruke tid, særlig i begynnelsen for å bygge tillit og få fram pasientens egne mål og tanker om behov.

Vi fikk noen kommentarer på telefon og e-post på grunner til at datainnsamling ikke ble imøtekommet (hermetegnene er satt på bakgrunn av hvordan jeg mottok og oppfattet utsagnene); «IP er ikke aktiv». Ut fra arbeidet med IP er vår forståelse av IP slik at enten har man en IP eller så har man ikke. Vi kan forstå hva som kan ligge i begrepet, men ut fra regelverket synes det som om forståelsen av det å ha en IP ikke er tilstrekkelig når den omtales som å være inaktiv.

«Jeg er ikke i gang med arbeidet». Dette utsagnet kan bety at pasienten har bedt om og har fått et vedtak på at det skal utarbeides en IP. Koordinator er valgt, men det er ikke iverksatt samtaler og oppstart av planarbeidet, med resultat som ville kunne bli brukt som svar på forespørselen om datainnsamling til vår studie. Her kan man spørre seg hva er årsaken til at det foreligger vedtak om IP, men at IP ikke er utarbeidet? Hvor lang tid er det ok at det tar fra tilbud om IP til prosessen har startet? Er det forhold hos pasienten, tjenesteytere (koordinatoren) eller er det systemet, kommunens distribusjon av tilbud som hindrer framdrift?

«Pasienten ønsker ikke at opplysninger skal gis ut». Det er frivillig å delta, men som forsker er det bra med tilbakemelding om årsak. Det forteller at informasjonen

vi sendt er videreformidlet. Det kan bekrefte et uttrykk for at pasienter er forespurt og blir hørt og respektert for sine valg.

«Har ikke tid til å se på dette». To systemansvarlige melder at kommunen ikke ønsker å bidra til dette forskningsprosjektet pga tidsbruk, annet, nå. Her får vi et svar, men er dette uttrykk for at en person sitter og vurderer og svarer ut fra sin egen arbeidssituasjon eller som ledd i en utførelse og gjennomføring av politiske vedtak? I forbindelse med samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47, 2008-2009) og oppgradering av lovverket, ble IP ytterligere befestet som en måte å samarbeide på for brukere, tjenesteytere og mellom tjenestenivåene. Kommunene har ansvaret for å følge med på hvordan tjenestetilbudet benyttes og hvordan ressursene fordeler seg.

Metodekritikk

Utvalg

På bakgrunn av Rambølls undersøkelse fra april 2011 (Rapport om individuelle planer, 2011), der antall planer ble oppgitt til å være ca. 20000, ble det gjort en vurdering av hvilket volum som kunne være aktuelt. Før oppstart var det tenkt at innsamlingen av data ikke skulle overstige 30 – 40 planer, med tanke på oppgavens akademiske omfang. Tallet var tenkt å gi et troverdig bilde av IP (Drageset & Ellingsen, 2010).

Innsamling av data gikk via en tredje person. Det er tidligere redegjort for hvorfor dette ble gjort slik. Vi vet ikke hvor mange personer over 18 år med IP som de 28 kommunene vi etterspurte informasjon fra har. Men ut fra det tallmateriale som vi hentet ut for landet som helhet, vil vi anta at de 13 planene vi fikk våre data fra utgjør et lite antall av totalt antall. På bakgrunn av at vi antok at det var mange IPer i kommunene vi spurte var det først tanke om ytterligere begrensning på hvordan utvalget skulle framkomme. Men responsen fra et forprosjekt med meget avgrenset tidsaspekt, avdekket at det ikke var fare for tilgang på ukontrollert mengde med data. Resultatet med informasjon fra 13 planer og 8 koordinatorene, viser at dette var en tilstrekkelig begrensning for innsamlingen.

Styrken i datasamlingen (gyldighet) er at planene vi fikk data er uavhengig av hverandre, består av menn og kvinner med ulike alder og representerer sannsynligvis, gjennom dette, ulike personer med ulike behov og utfordringer. Det

vil ikke være tilstrekkelig datagrunnlag til å trekke noen generelle slutninger (overførbarhet), men vil kunne vise noen trekk, fenomener ved disse 13 planene.

Datafangst

Kontakten med koordinatorene ble gjort gjennom KE eller andre i kommunen som hadde oversikt over hvem som innehadde koordinatorrollen. Ved første runde med dataforespørsel, vinter og vår 2012, tok det tid og flere telefoner og e-poster i noen kommuner før vi kom i kontakt med rette person. Ved andre runde vinter og vår 2013 var det tydelig økt fokus på IP og koordinator i kommunene og vi fikk tak i kontaktinformasjon raskere.

Koordinatorene hadde anonymisert data vi fikk. Det var ingen opplysninger i det materialet vi mottok som inneholdt som brøt med den standarden vi hadde foreskrevet for dette. Vi mottok kun de etterspurte data; kommune, kjønn, alder, mål og delmål og tjenester. Ingen av kommunene var så små at vi ved kjennskap til innbyggerne i kommunen kunne ha funnet ut eller gjettet oss til hvem planeier kunne være.

Vi hadde ikke konkret kunnskap i utgangspunktet hvordan kommunene håndterte forespørsler om IP, hvordan koordinatører ble valgt eller hvordan prosessen i samhandling med pasienten var i de kommunene vi kontaktet. Vi forholdt oss til hvordan prosessen var foreslått i regelverk og gikk til KE (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). På grunn av lav respons, burde det vært brukt flere metoder for å komme i kontakt med koordinatorene, for om mulig øke volumet på materialet.

Tilbakemelding på at e-post var mottatt, ble ikke etterspurt. Det kan bety at det er knyttet en usikkerhet til om informasjonen faktisk nådde den personen i kommunen vi sendte e-post til. Kan e-posten ha havnet i søppel posten i mailserveren, ble den bare slettet fordi den kom fra ukjent avsender eller ble den «borte» av andre årsaker. Vi fikk et par tilbakemeldinger som støtter opp under usikkerheten, en koordinator ringte og fortalte at han ikke fikk åpnet vedleggene (brev til koordinator og pasient) på grunn av det filformatet det var laget i. Hans server støttet ikke dette filformatet. Det gikk noe tid mellom første datasamling og annen datasamling. Det ble gjort forsøk på å følge opp og oppdatere

kontaktinformasjon før utsendelse av ny henvendelsen, men det kan hende at noen av mottakerne var sluttet på arbeidsplassen eller ikke lenger var rett mottaker. Vi fikk to mail vedrørende dette, men begge ble videresendt internt med opplysning om dette til oss.

Undersøkelser og oppsummering fra hvordan kommunene håndterer arbeidet med IP. Det er avdekket at det er viktig hvordan holdningen til og kunnskapen om IP i alle ledd i kjeden påvirker etablering av og arbeid med IP. Det ser ut til at faktorer som god forankring i administrativ ledelse, opplæring av og fokusering på koordinator og koordinatorrollen og sterk brukermedvirkning gir størst tilfredshet hos alle berørte og involverte parter (Bakke, 2009)

Koordinator

Koordinatorrollen har lenge vært ulikt håndtert i de ulike enhetene (Kvamme, Hodne, Jentoft, & Nilsen, 2010). Etter at koordinator rollen er løftet fra forskrift til lov fra 2012 har det blitt mer fokus på og forhåpentligvis mer satsing på denne funksjonen i kommunene. Kan forklare tendensen av at det var mer kjennskap til, struktur og bedre respons på henvendelsene våre om kontaktinformasjon ved annen datasamlings periode.

Indirekte datafangst

Det å gå rett til det skrevne dokument uten å være i kontakt med planeier ga både et reelt bilde av hva som sto skrevet, men valget av å la informasjonen formidles gjennom koordinatoren svekker dette. Vi har jo ikke sett den faktiske planen, men bare fått videreformidlet deler av innholdet i den.

Det å få informasjon gjennom flere ledd kan føre til at kvaliteten på innholdet går ned eller svekkes. Trolig har koordinatorene gitt oss avskrift fra de faktiske planene uten at innholdet er endret eller omformet på noen som helst måte. Koordinatorene vil ikke ha noen interesse av å endre dette og det ville være mer tidkrevende å omarbeide stoffet før det ble videresendt. Litt av hensikten med undersøkelsen er å få informasjon fra de skrevne planene uten å ha kjennskap til pasienten eller forhold rundt denne som ville kunne påvirke vår oppfatning av det vi leste (se teori om tekstanalyse).

Ingen kunnskap om eller kjennskap til hvordan IP prosessene har vært

Vi har ikke bedt om eller fått kjennskap til hvordan planprosessen har vært. Spørsmål jeg stiller med her er; har brukerne vært aktive deltakere, hvor mye tid er gått med til å fremstille planene, hvem har deltatt og hvordan har dialogen vært?

Vi kan ane at deltakelsen ikke har vært lik i vårt materiale. Det er to planer der planeier er omtalt ved bruk av «NN» og «X».

Forhold rundt koordinators kunnskap om IP, opplæring av koordinator, utvelgelse av hvem som skal være koordinator og hvordan kommunene har forankret forhold rundt håndtering av IP politisk er også viktige elementer for å få en bedre forståelse av fenomenet IP og det konkrete produktet. I teoridelen har vi sett på noen faktorer som kan være positive og nødvendige egenskaper hos koordinator og hva som kan bidra til å stimulere pasientene til å formulere sine mål.

Kvalitetssikring av samtykke

Vi har i våre informasjonsskriv framstilt hvordan vi tenker at samtykke kan gis for deltakelse i vår datainnsamling, men vi har ikke fått systematisk tilbakemelding på hvordan dette har foregått i praksis. Noen av koordinatorene bekreftet at de hadde innhentet samtykke. Alt helsepersonell er underlagt strenge krav til taushetsplikt og vi må forutsette at dette er fulgt opp også i dette tilfelle.

IPLOS er et nasjonalt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. Helsedirektoratet er ansvarlig for databehandlingen i IPLOS. Kommuner benytter IPLOS til å registrere og rapportere antall personer som mottar IP. Det er Statistisk sentralbyrå (SSB) som er ansvarlig for mottak av, registrering og fremskaffe statistikkdata for kommunene. En variabel i SSBs statistikk er «tjenestemottaker med individuell plan». Pr 2012 var tallet i statistikken for denne variabelen på landsbasis over 22000. Variabelen gjelder hele befolkningen ikke kun de over 18 år.

I spesialisthelsetjenesten er det laget kvalitetsindikatorer med krav om rapportering av omfanget av IP i barnehabilitering. Indikatoren viser i hvilken grad de enkelte avdelinger/helseforetak utarbeider individuelle planer, og indikerer dessuten om lovkrav er oppfylt. Men det er de samme planene det handler om. Det skal utarbeides bare en IP pr pasient.

Informantene og kontaktform

Informasjon i brevs form til koordinerende enhet, koordinator og pasient ble vedlagt e-post ved forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt vedrørende IP. Informasjonen i vedleggene inneholdt formell beskrivelse av prosjektet, bakgrunn og godkjenning. I tillegg var det utarbeidet og lagt ved et skjema, med mulighet for å fylle inn de etterspurte data.

Vi fikk ingen tilleggsopplysninger som kunne bidra til at vi ble kjent med andre forhold knyttet til planeieren.

Datainnsamling via koordinator ble valgt fordi forskeren og prosjektet hadde ingen hensikt eller mulighet til å påvirke eller tilby noen form for tiltak (nye tiltak), forandre eller påvirke den individuelle planen. Det syntes derfor rett at pasienten ikke skulle belastes med å måtte gjenta deler av en prosess uten at denne vil føre til endringer eller ny gjennomgang av den IP vedkommende hadde. Vi antok at koordinatorene hadde god kjennskap til innholdet i planene og vårt inntrykk var at det er koordinatoren som har ført planen i pennen og har planene elektronisk tilgjengelig.

Det var mange kommuner som ikke ga tilbakemelding i det hele. Det handler kanskje om manglende rutiner for svar på henvendelser på e-post, at adressaten ikke var rett, at e-post adressen var skrevet feil eller at henvendelsen ble videreformidlet uten krav om tilbakemelding til den opprinnelige utsenderen, forskeren.

Tjenester

I nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten defineres gode tjenester som «virkningsfulle, trygge, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er somordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt» (*(..og bedre skal det bli, ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse, 2008)*)

Rambøll (Rapport om individuelle planer, 2011) har sett på tjenestene – de deler av tjenestene som deltar i IP- planen. I 2011 var det psykisk helsetjeneste, helsestasjon, fysioterapitjeneste, skole og barnehageetat, hjemmetjeneste, pp-tjenesten, NAV, fastlege, barneverntjenesten, sosialtjenesten, skolehelsetjenesten, ergoterapitjenesten, KE, spesialisthelsetjenesten,

rustjeneste, rehabiliteringstjeneste som utgjorde tjenestetilbudet. De er listet opp i den rekkefølgen fra mest brukt i arbeidet med IP. Som vi ser av dette er noen av tjenestene i særlig grad knyttet til arbeid med barn. I vårt datamateriale finner vi at NAV, fastlege, fysio- og ergoterapeut er nevnt i flest planer. Slik underbygger at det er et materiale som representerer typiske trekk ved IP. Men som tidligere nevnt er det en blanding av navnet på tjenesten og utført tjeneste som fremkommer i våre data. Det kan da være vanskelig å plassere de konkrete handlingene i rett tjenestested her. Det er også slik at ulike kommuner har ulike navn på tjenestene, hvor de er organisert og når de settes inn. Dette gjør bildet mer komplekst og lite oversiktlig. Det er grunn til å tro at de åtte kommunene vi har hentet våre data fra også er tilsvarende ulike i sin tjenestetildeling og definisjonen av tjenestene. Noen planer har delt opp planen i mål knyttet til områder som bolig, arbeid, økonomi, fritid/sosialt, helse og kosthold. Det er knyttet tiltak mot hvert enkelt av målene til de nevnte områdene. En plan har satt opp 7 mål og så knyttet tiltak / tjenester direkte til disse. En tredje plan har satt opp ulike delmål med tiltak knyttet direkte til det enkelte delmål.

Litteraturliste/referanseliste for sammenbindingen

- An individual plan. (2009). An individual plan - a statutory right and a tool for cooperation. In Helsedirektoratet (Ed.), (pp. 2). Oslo.
- Bakke, T. (2009). Jeg har en plan! In Helsedirektoratet (Ed.).
- Dataverktøy, A. (2012). verktøy for web-basert individuell plan, from <http://acos.no/artikkel.aspx?Aid=1589&Back=1&MId1=1020>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativ forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5 (4), 332-335.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, from <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111216-1256.html>
- Forskrift om individuell plan. (2007). *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*. (FOR-2004-12-23 nr 1837,). Oslo: Retrieved from <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20041223-1837.html>.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2008). Helse slik folk ser det: en utfordring for samfunnsmedisinen? (pp. S. 118-130). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Førde, R. (2010). "Helsinkideklarasjonen". Retrieved 29. april 2013 <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Haukedal, W. (2005). *Arbeids- og lederpsykologi* (Vol. 7.utg). Oslo: J. W. Cappelens Forlag a.s.
- Health, W.-. (1948). Definition of Health. *Health topics*, from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (), from <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>
- Holum, L. C. (2012). "Individual plan" in a user-oriented and empowering perspective: A qualitative study of "individual plans" in Norwegian mental health services. [Artikkel]. ["Individual plan" in a user-oriented and empowering perspective: A qualitative study of "individual plans" in Norwegian mental health services]. *Nordic Psychology*, 64(1), 44-57.
- Individuell plan - informasjonsvideo. (2011). Individuell plan, 2011, from <http://www.youtube.com/watch?v=-cMtBJZNqD4>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforl.
- Koordinatorrollen. (2010). Koordinatorrollen – for deg som er eller skal bli koordinator for individuell plan In R. o. s. t. Helsedirektoratet (Ed.), (pp. 2). Oslo.
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Anderssen, T. M. A. R. J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvamme, I., Hodne, T., Jentoft, N., & Nilsen, A. C. E. (2010). Plan med plan? Om bruk av individuell plan i individuelt oppfølgingsarbeid.
- Lohmann, S., Decker, J., Muller, M., Strobl, R., & Grill, E. (2011). The ICF forms a useful framework for classifying individual patient goals in post-acute rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(2), 151-155.
- Lökken, B. (2008). Er målavklaring viktig i den individuelle planprosessen? *Ergoterapeuten (Oslo)*, 51(3), 20-25.

- NAV-loven. (2006). Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven], from <http://www.lovdata.no/all/hl-20060616-020.html>
- ...og bedre skal det bli, ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse. (2008). Kunnskapssenteret.
- Pasient- og brukerrettighetsloven – pasrl. (2011). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), from <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>
- Prosjekt 'Individuell plan = Brukers plan'. (2007). Individuell plan, from http://mestring.no/wp-content/uploads/2013/01/Individuell_Plan.pdf
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), from <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-062.html>
- Rapport om individuelle planer. (2011). *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011*. Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Documents/kartlegging-av-individuelle-planer-i-landets-kommuner.pdf>
- Sandvold, C., & Moldesæther, R. (2012). *Bruk av nettbasert individuell plan fra planeier sitt perspektiv*. Grimstad: [Forfatterne].
- Skogan, A. H., Wekre, L. L., Vardeberg, K., Hagen, M. I., & Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering. (2004). *Lærebok i rehabilitering : når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforl.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), from <http://lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>
- St. meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.
- Statistikkloven. (1990). Lov om offisiell statistikk og Statistisk Sentralbyrå (statistikkloven). from <http://www.lovdata.no/all/hl-19890616-054.html>
- Veileder til forskrift om individuell plan. (2010). Individuell plan 2010 - veileder til forskrift om individuell plan, from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften.pdf>
- Vinje, E. (1995). *Tekst og tolking: innføring i litterær analyse*. [Oslo]: Ad notam Gyldendal.

Artikkelen

Individual plans (IPs) include paramount goals for motivation and service provision?

This study shows how goals and health care services are presented in IPs.

Material from 13 plans belonging to adult persons in the South of Norway.

Gro Johannessen

Sørlandet sykehus og privat praksis

gro@kuholmen.com

Words: 3055

This study investigates goals and health care services in existing individual plans (IPs).

Key points

Goals in the IPs tend to describe basic elements and needs in life.

The goals tend to be of paramount and long-term character which can make it hard to see if the goals are reached or not.

Health care services are either described as the aid provided, a concrete action connected to a certain goal or by the name of the department or unit providing the services.

Abstract

Objective. The aim of the study is to investigate individual plans (IP) for people who are in need of long-term, coordinated health services In Norway. We wanted to check if the written content of IPs fulfilled the intention of goalsetting and outlining of services. **Design.** This study has a qualitative design and we used a text condensation analyzing method. **Setting.** IP is focused in National laws, regulations and guidelines concerning health, social and psychological relations. It represents a right as well as a tool and a process in health care services. An IP is personal and the user participates along with health care professionals throughout the planning process. This contains the writing of goals, resources and the services that are required and available. **Subjects.** Data collection from IPs of 13 adults, 7 women and 6 men, living in the south of Norway. **Main outcome measures and results.** The goals, part goals and services from the plans were analyzed into categories; wishes and dreams, basic needs, meaningful activities and services. All the plans had goals in them. Many goals were of long-term and basic needs. The services were outlined as concrete actions or by the name of the municipality unit from where the services were given. **Conclusion.** Some goals are written in a way that makes them measurable. This can be used as part of the process where the user and the caregiving persons can direct their efforts and be motivated by showing progress.

Key words: Individual plan (IP), coordinator, rehabilitation, goal achievements, motivation, public health services.

Introduction

All citizens in Norway have a right to an individual plan (IP) if they need long-term, coordinated health services (1). An IP is a personal plan. It will contain an outline of objectives, resources and the services that are required. The user has the right to participate throughout the planning process. The user know their own situation best, and professional personnel have a knowledge of solutions and assistance that are available (2).

The right to an IP became law from 2001 and since then has been a focus in National laws (3-5), regulations (6, 7) and guidelines (8). In 2012 there was an audit in health laws and regulations and the right to IP was clarified and highlighted (9).

The regulation of IP is working together with other health and social laws. The latest related government document is the Coordination Reform (10) that defines coordinated action between hospitals and the primary health care. Coordination of health services is closely related to rehabilitation. According to World health organization (WHO) the definition of rehabilitation is:

“Rehabilitation of people with disabilities is a process aimed at enabling them to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychological and social functional levels. Rehabilitation provides disabled people with the tools they need to attain independence and self-determination.” (11)

If you are in need of services from different parts of the health care system, you are entitled to a coordinating person, the coordinator (6). The responsibility of the coordinator is to involve and stimulate the patient to participate in making the plan, ensuring coordination of service provision and progress in the work of individual plan (6).

In this study we use patient, user, plan owner and IP holder as synonyms. In the same way professional personnel, care giving person, health care and service provider are used synonymously.

Since the establishment of the IP there have been different monitory processes (12) executed to investigate how the population are getting their rights throughout the country.

Guidelines have been outlined with more detailed information on the purpose and way of making IP (7). Templates for IPs have been worked out to help the process (8). Information brochures has been made and distributed to the public, the owners of IP, the coordinators and health workers as an informative measure on the rules and regulations of an IP (13). Educational films (14) on the planning and processing of an IP has been made for the involved parties. Web based systems has been developed as a tool for strengthening the cooperation between the contributors, enhance the patients involvement and the ability to regulate the plan continuously (15).

In a qualitative study from 2012 Lene Holum identified that a good relationship with mutual respect between the coordinator and patient supports a well-functioning process, user participation, formulation of and reaching goals (16). The relationship between the participants, awareness of what happens in everyday meetings, awareness of the sense of power and powerlessness, will play an important role in processing a plan (17). In rehabilitation, motivation is an important factor to be able to make relevant and meaningful goals (18). The professionals that are successful in helping patients formulate their treatment goals as early as possible leads to a better outcome after completing the acute rehabilitation (19). The process of setting goals is easier and more pleasurable for patients if one can stimulate or find their intrinsic motivation (20).

Discrepancy between the formulated goal and the practice of it could lead to an undermining of the use of IP and health services (21). People working with IPs have a system of supporting each other by sharing stories of success (22-24). IP is regarded as both a tool and a process. The written document can be seen as a concrete outcome of the collaboration between the patient and the health care provider (24).

In rehabilitation different participants cooperate and it is important that everybody has the same idea of where to aim, how to get there and constantly evaluate the outcome (25, 26).

Public service in Norway consists of different caregiving facilities, such as medical, practical, economic and social help. The idea of IP is to visualize and unify the effort made by the patient and the care giving persons (8).

Studies of IP have involved the patient, other participants in a caregiving positions or municipality's administrators, but to my knowledge there has been no study that looks at the product, the IP itself, without knowing the patient and his needs.

This study presents findings from 13 randomly selected IPs. The aim is to show how goals and health care services have been formulated and presented in the plan document (IP). From this we wanted to investigate if the written content of the IP fulfilled the intention of goal setting and outlining of services.

Material and Methods

This is a descriptive and qualitative study of already existing IPs given to us through contact with the coordinating person. We asked for data from people over 18 years of age. The patient has consented in sharing part of the content of his/her IP through the coordinator and the coordinator has presented this to us.

We contacted the coordinating units (CU) in 28 municipalities in the southern part of Norway by e-mail. We asked CU to give us access to coordinators. The e-mail of enquiry was sent to coordinators with details and information about the research. Reminders were sent twice to unanswered e-mails. It resulted in information from 13 IPs coming from 8 different municipalities. There were 7 women and 6 men represented. The age ranged from 18 to 64 years, with a median of 26 and a mean of 33 years.

Ethics and consent

This study and the collection of data have been approved by the Faculties Ethical Committee and the Norwegian Social Science Data Services.

We have followed the standard of the Declaration of Helsinki of 2008 (27). The plan owners are anonymous to the researcher. They gave their approval of sharing information from their IPs through their coordinator.

The collection of data was designed in this way not to bewilder the patients. The people in need of an IP are often in a vulnerable situation. By focusing on the person by going through the IP with them, we could give them the impression that we were going to intervene or give them health care services. Another reason was that we only wanted to investigate parts of the plans.

Analyzing method

The data was transformed into a system of columns as they were provided to us, containing goals, partial goals and provision of services as well as gender, age and municipalities. We used a systematic text condensation as an analyzing tool. According to Malterud (28), a method that follows the steps of getting a total impression of the text, identifying and sorting into meaningful units, condensating the units and synthesizing them into meaningful descriptions. The categories became wishes and dreams, basic needs, meaningful activities (occupation and social life) and services.

Results

Our findings showed that all the IPs had goals and services described in them. There were many ways to express the goals and the content and formulations varied.

Wishes and dreams

We saw that most goals were formulated in short sentences, sometimes not even a full sentence. Some of the sentences did not have a noun, “stay clean”, “be safe” and “work in a shop”. It looked like a list of cues. This can indicate that the plans are used to remind the users of the goals and not meant to describe them in depth.

The verbs used in the expression of a goal varied from describing a “here and now”- to a “want to be” situation. Some of the goals were formulated in few words like a statement; “stay clean /sober”, “be more social”, “be safe in my everyday

living". Others were more concrete like; "live in my own apartment", "keep my muscles fit" and "get a job again". Both these ways of expression the goals can indicate something you dream of and wish for.

Basic needs

Many goals revolved around main issues in everyday life. Goals regarding "being safe", "having good health", "communication" and "having good quality of life" can be categorized as formative needs and difficult to measure. They can be said to express fundamental needs.

Meaningful activities

Working or going to school and having a social life are the activities that are mentioned in most plans. These are activities that give meaning in everyday life and make you a part of society.

Occupation – Nine out of 13 plans have goals related to having a job or finishing an education. The intermediate goals were more direct or specific; "Get a job to earn money to keep my own place of living", "get a suitable place to live" and "employment according to my ability". This indicated that as grown up you strive to contribute in society by performing some sort of work. This is also a source to social contact.

Social activities – "Have a social life", "get to meet people" and "keep in touch with family" are goals in most of the plans. Besides basic needs and occupation, have social relationship is of great importance.

Services

Some of the goals were stating that the owner needed personnel help when visiting the doctor or dentist or other everyday living situations, like "get practical help" and "keep an overview of duties/tasks that need to be attended".

The different contributors to the plan are often described just by the name of the department or part of the municipality's service that are participating. The services appeared in the plan as "The Norwegian Labour and Welfare Service (NAV)", "general practitioner" and "diabetes nurse" or a more concrete content and volume

of the services, “apply for further education”, “economic support to pay depths” and “12 hours of supportive person”.

In three cases the goals (“have holistic and coordinated service”, “NN shall have an arranged work that she masters and is satisfied with”) were directly connected to what action the services were going to give to reach this particular goal (have an “individual plan..”, “work 3 days a week in a kitchen..”).

Discussion

The aim of the study was to investigate goals and services outlined in existing IPs. In the description of individual plan you find that the first point of content should be the overview of the patient’s goals, resources and need for services. Rehabilitation focuses on the individual and seeks to give the person independence and self-determination (11). Working to make the user take part in making their own plan and find their individual goals are an important task for the coordinator (29).

The coordinator has a chore function of getting to know the person he is working with and help him to participating in setting goals (19, 24, 29). The intention of having goals is to bring the patient in a certain direction. The IP can be of help in this process. But the participants needs to be aware of and have in mind the tension regarding power and powerlessness (17) in their constellation. The establishment of an IP is a fine process in the balance of visualizing dreams and wishes as goals and utilizing these goals to gain a sense of achievement. Hence a feeling of success leads to motivation (20).

Motivation is important when the patient is taking an active part in finding the goals (19). Building confidence and good relationship is a vital factor in the process of enabling the patients to formulate goals and tell about their dreams (23) (24). Olesen states that the patient’s motivation depends on the feeling of coherence between the goals and the effort puts into it (20). The participants have to have some kind of mutual understanding of what to aim for. When the goals and services are written down and in this way made available to the contributors, this can help the participants to move in the same direction towards a goal (16).

From our data we don't know if the goals are formulated by the coordinators understanding of the users saying or the exact words of the IP owner (30, 31).

The plan process posits that the person in need of IP is ready and able to set goals. The process of finding the goals and what resources to use to get there, often take some time in itself (20). The situation has been brought to them because of a disease or an accident. The fact that the situation is expected to last for some time, often takes the patient some time to realize (31).

In theory a goal should be of a character that can be measured. It is hard to know if you have obtained your goal if it can't be measured (32). If the goals are too unspecified the plan may need a lot of part goals and in this way get heavysset (31). Lauvås claim that a goal tends not to be analyzed, discussed or redefined if it isn't written down (33).

Basic needs

When we examine the text describing the goals, the wish for feeling safe and have a good health is mentioned in many plans. Maslow's hierarchy of needs (34) pictured a pyramid where the most basic needs are to have physiological needs satisfied such as food, water, sleep, breathing etc. The need of safety, such as security of health, family and employment comes secondly. Next step is about love and belonging such as friendship and family. On top of that you can have self-esteem, confidence and achievements and respect. The upper part of the pyramid is the most complex and covers the highest level of human needs connected to self-actualization such as creativity, problem solving and acceptance of facts. Humans tend to strive to get their basic needs covered. WHO's definition of health; "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (35). This is regarded to be something to reach and strive for, but not something utterly achievable. If you manage to have your basic needs covered, a place to live, have a job that gives you a financial platform, and have a social life – you are likely to say that you have a good quality of life.

Meaningful activity – work and social needs

The welfare society is built on the understanding that everybody must make a contribution to their ability(36). Doing some work is connected to be a part of the

society (37). The opposite, not been able or willing to participate, can lead to social exclusion or rejection (38). In our data, nearly all plans had goals concerning work or finish school. This shows that these plan owners focuses on contributing in society.

Services

Health care services in Norway are meant to be efficient, safe, involve the patient and letting them influence, coordinated and continuity, ensuring good availability and the rightful distribution of resources (39). In our data it is difficult to see the direct connection between the goals and the services given. In the plans where the goals were split into theme it was easier to see this connection.

In IPs the caring assistance can be formulated in short terms. In this way it gives a brief and quick overview on what to focus on in collaboration with health and municipalities workers. In our material the services were varying in the way it was outlined and it was not easy to find the relationship between the goals and the actions that was meant to cover the wishes and needs of the user.

Limitations and strengths

This is a small collection of data and we can only refer from these 13 plans. In 2011 there were over 20000 IPs in Norway (40).

The data was randomly selected, coming from different coordinators and independent municipality units in the South of Norway. The municipalities are situated in two different specialist health care units, the South-Eastern and Western Norwegian Regional Health Authority. This strengthens the independency and undetached result in the data collected.

The age and gender of the respondents varied. These differences among the informants also gave us a possible difference in challenges and health care needs.

Implication

The object of making goals is to move towards them, possibly reach them and then formulate new goals. This means that the IP has to be a document that is adjusting in the same way as the goals are being obtained and new goals are set.

The upgrading of IPs enables the contributors to make changes both in volume and form. Information technologies systems are available to support this way of working.

We recommend constantly continuing to work on finding a way to express goals to make them more measurable. This would be of help to the involved parties to see change occurs and emphasize a process.

The same way of thinking goes for the health care services. If the actual help is outlined clearly in the IPs it would give caregivers and administration potentiality to overview what effective services to choose.

Conclusion

Laws and regulations tell us when and in what way to use the IP. It is clearly said that goals and services shall be outlined and shown in the plans. In this study all the 13 plans had goals written in them. Most of the goals were long-term goals and not easily measurable. This can make it difficult to tell whether the goals are reached, what the changes are or to what extent a person have got closer towards his goal. This indicates that goal setting is still an important issue in IP processes. It seems like a paradox in a welfare state that goals concerning basic needs are written in IPs. Further research should be made to investigate why and if this is a main topic in many plans.

The health care services that are described to meet the individual goals are often unspecified. If the services provided is outlined in more detail (content, time and volume), it can become more clearly for all parties involved and contribute to tell whether the means serves as a tool to reach a specific goal.

Acknowledgements

This survey was made possible through the coordinating units in the municipalities. They distributed information and recruited the coordinators. We specially thank the coordinators who collaborated with the patients and extracted and distributed the information we asked for. And we are deeply thankful to the patients that willingly shared parts of their IPs with us.

References

1. Pasient- og brukerrettighetsloven – pasrl. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Oslo2011; Available from: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>.
2. An individual plan. An individual plan - a statutory right and a tool for cooperation. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo2009. p. 2.
3. Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (). Oslo2011; Available from: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>.
4. LOV 1999-07-02 n. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo2001.
5. Spesialisthelsetjenesteloven. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Oslo2001; Available from: <http://lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>.
6. Forskrift om habilitering og rehabilitering. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Oslo2011; Available from: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111216-1256.html>.
7. Forskrift om individuell plan. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo2007.
8. Veileder til forskrift om individuell plan. Individuell plan 2010 - veileder til forskrift om individuell plan. oslo2010; Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften.pdf>.
9. rehabilitering Ho. Individuell plan. Helsedirektoratet2011 [cited 2011]; Available from: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>.
10. St. meld. nr. 47. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet; 2008-2009.
11. Rehabilitation W-. Definition of Rehabilitation. 2013; Available from: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>.
12. IPLOS-registeret. Informasjonsbrosjyre om IPLOS-registeret. In: statistikk, editor.: Helsedirektoratet; 2007. p. 4.
13. Individuell plan - helsedirektoratets informasjonsside. individuell plan. Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>.
14. Individuell plan - informasjonsvideo. Individuell plan. Helsedirektoratet; 2011 [cited 2011]; Available from: <http://www.youtube.com/watch?v=-cMtBJZNqD4>
15. Dataverktøy A. verktøy for web-basert individuell plan. 2012; Available from: <http://acos.no/artikkel.aspx?Aid=1589&Back=1&Mid1=1020>.
16. Holum LC. "Individual plan" in a user-oriented and empowering perspective: A qualitative study of "individual plans" in Norwegian mental health services. *Nordic Psychology*. 2012;64(1):44-57.
17. Slettebø Å, Hellem E, Bruusgaard KA, Madsen VH, Alvec G, Langhammer B. Between power and powerlessness - discourses in the individual plan processes, a Norwegian dilemma. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2012;14(3):270-83.
18. Leach E, Cornwell P, Fleming J, Haines T. Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disabil Rehabil*. 2010;32(2):159-72.

19. Lohmann S, Decker J, Muller M, Strobl R, Grill E. The ICF forms a useful framework for classifying individual patient goals in post-acute rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2011;43(2):151-5.
20. Olesen J. Goal setting and motivation within rehabilitation - with specific focus on apoplexy. *Fysioterapeuten*. 2010;77(10):2-6.
21. Kvamme I, Hodne T, Jentoft N, Nilsen ACE. Plan med plan? Om bruk av individuell plan i individuelt oppfølgingsarbeid. 2010.
22. Helsedialog. The Health Dialogue Programme – A long term, systematic approach for strengthening the cooperation between health care providers in Norway. 2013; Available from: <http://www.helsedialog.no/spesial/toppmeny/english/>.
23. Bakke T. Jeg har en plan! 2009 Contract No.: IS -1672.
24. Alve G, Madsen VH, Slettebø Å, Hellem E, Bruusgaard KA, Langhammer B. Individual plan in rehabilitation processes: a tool for flexible collaboration? *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2012(ahead-of-print):1-14.
25. Levack WM, Siegert RJ, Dean SG, McPherson K, Hay-Smith EJC, Weatherall MM. Goal setting and activities to enhance goal pursuit for adults with acquired disabilities participating in rehabilitation. *The Cochrane Library*. 2012.
26. Dalton C, Farrell R, De Souza A, Wujanto E, McKenna-Slade A, Thompson S, et al. Patient inclusion in goal setting during early inpatient rehabilitation after acquired brain injury. *Clin Rehabil*. 2012;26(2):165-73.
27. association Wm. Declaration of Helsinki 2008. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects 2008.
28. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40(8):795-805.
29. Koordinatorrollen. Koordinatorrollen – for deg som er eller skal bli koordinator for individuell plan In: Helsedirektoratet Rost, editor. Oslo 2010. p. 2.
30. Vinje E. Tekst og tolking: innføring i litterær analyse. [Oslo]: Ad notam Gyldendal; 1995. 203 s. : ill. p.
31. Lökken B. Er målavklaring viktig i den individuelle planprosessen? *Ergoterapeuten (Oslo)*. 2008;51(3):20-5.
32. Haukedal W. Arbeids- og lederpsykologi. Oslo: J. W. Cappelens Forlag a.s; 2005. 467 p.
33. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi. Oslo: Universitetsforl.; 2004. 264 s. : ill. p.
34. Maslow AH, Lewis KJ. Maslow's hierarchy of needs: Salenger Incorporated; 1987.
35. Health W-. Definition of Health. 1948; Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
36. Brage S, Hernes T. Medisin, helse og NAV. In: Hernes T, Heum I, Haavorsen P, editors. *Arbeidsinkludering*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. p. 230-56.
37. Hernes T, Heum I, Haavorsen P, Saglie T. *Arbeidsinkludering: om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. 291 s. p.
38. Pickett CL, Gardner WL. The Social Monitoring System: Enhanced Sensitivity to Social Cues as an Adaptive Response to Social Exclusion. 2005.
39. ..og bedre skal det bli, ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Kunnskapscenteret; 2008. p. 68 s.
40. Rapport om individuelle planer. Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011. In: Helsedirektoratet, editor. 2011.

Vedlegg

1 Godkjenning NSD



Hensild Høllagen gate 23
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

Åshild Slettebo
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Universitetet i Agder
Jon Lilletansvei 9
4879 GRIMSTAD

Vår dato: 17.11.2011

Vår ref: 20164 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.10.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 16.11.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

20164	Mål og fjernestilbud i IP – er det god sammenheng?
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Agder, ved instituttets øverste leder
Daglig ansvarlig	Åshild Slettebo
Studet	Gro Johannessen

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helsenegisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

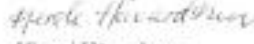
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Knut Kalgraff Skjåk


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Gro Johannessen, Kuholmsveien 87, 4632 KRISTIANSD S

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 28464

Utvalget trekkes av koordinator for individuelle planer som trekker utvalget og forespør brukere om bruk av data (IP) i prosjektet.

Informasjonsskrivet til utvalget er tilfredsstillende utformet forutsatt at det tilføyes dato for prosjektslutt.

Personvernombudet tar høyde for at det kan bli behandlet indirekte personidentifiserbare opplysninger, jf. e-post fra Gro Johannesen den 16.11.11.

Prosjektslutt er 31.12.2012. Datamaterialet slettes.

2 Endringsgodkjenning fra NSD

Prosjektnr: 28464. Mål og tjenestetilbud i IP – er det god sammenheng?

3 messages

Mads Solberg <mads.solberg@nsd.uib.no>

Mon, Oct 15, 2012 at 11:32 AM

To: gro@kuholmen.com

Cc: ashild.slettebo@uia.no

Viser til innsendt endrings skjema av 11.10.2012.

Ombudet bekrefter med dette å ha mottatt melding om at utvalget skal utvides til også å innbefatte rekruttering via koordinatorene i spesialisthelsetjenesten. I tillegg skal prosjektslutt flyttes til 30.6.2012.

Ombudet har ingen merknader til endringene og forutsetter at informasjon og samtykke registreres og prosjektet gjennomføres i henhold til øvrige forutsetninger og annen korrespondanse med studenten.

Med hilsen,

--

Mads Solberg
Rådgiver
(Advisor)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
(Norwegian Social Science Data Services)
Personvernombudet for forskning
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 89 28

Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

Fax: (+47) 55 58 96 50

Email: mads.solberg@nsd.uib.no

www.nsd.uib.no/personvern

Gro Johannessen <gro.johannessen2@gmail.com>

Wed, Oct 17, 2012 at 9:07 PM

To: Mads Solberg <mads.solberg@nsd.uib.no>

Cc: Åshild Slettebø <ashild.slettebo@uia.no>

Takk for rask tilbakemelding på min endringsmelding.

Jeg skal legge dette svaret ved oppgaven min og regner med at det er en skrivefeil for datoen for prosjektslutt. Datoen skal være 30.6.2013.

med vennlig hilsen

Gro Johannessen

tlf 92447002

[Quoted text hidden]

Mads Solberg <mads.solberg@nsd.uib.no>

Fri, Oct 19, 2012 at 9:05 AM

To: Gro Johannessen <gro.johannessen2@gmail.com>

Hei Gro,

Alt i orden. Du mottar statushenvendelse fra oss ved prosjektslutt 30.06.2013.

God helg,

Mads Solberg

Gro Johannessen skrev 17.10.2012 21:07:

[Quoted text hidden]

3 Brev til koordinerende enhet

Forespørsel om kontakt med koordinatorene for individuell plan (IP) for personer / brukere over 18 år.

Henvendelsen gjelder innhenting av opplysninger til et forskningsprosjekt vedrørende individuelle planer (IP):

Bakgrunn og hensikt

Denne henvendelsen gjelder ønske om å komme i kontakt med personer som er koordinatorene for individuelle planer for voksne brukere. Forespørselen gjelder et et forskningsprosjekt som undersøker deler av innholdet i eksisterende, aktive IP'er.

Som ledd i utdanningen, master i folkehelsevitenskap, ved Universitetet i Agder, skal jeg gjennomføre et forskningsprosjekt der jeg ønsker å få mer kunnskap om individuell plan. Dette forskningsprosjektet tar sikte på å få vite mer om hvilke mål brukere beskriver i sine planer og hvilke tjenester som tilbys for å nå disse målene.

I april 2011 ga helsedirektoratet ut en rapport fra kartlegging av individuelle planer i landets kommuner. Her er det gitt en oversikt og kunnskap om antall aktive planer, kunnskap om koordinatorene og hvilken sektor de kommer fra og hvilke tjenester som inngår i planene. I gjeldende lovverk har nå pasient- og brukerrettighetsloven, lov om spesialisthelsetjenesten, Helse- og omsorgsloven, lov om psykisk helsevern, sosialtjenesteloven, NAV-loven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og barnevernloven paragrafer som omhandler IP. Myndighetene og systemene satser mye på at IP skal være et nyttig redskap for å få til samhandling mellom tjenesteytere og gi brukere en plan over tjenestene han mottar og at en kontaktperson – koordinatoren, skal være bindeleddet mellom pasienten og tilbudene. Jeg ønsker derfor å undersøke IP videre.

Problemstillingen er: Hvilke mål er formulert i eksisterende individuelle planer (IP)? Hvilke tjenester ytes for at brukeren skal nå sine mål?

Oppgavene vil bestå i å distribuere en forespørsel til planeiere om å dele informasjon fra sine eksisterende IP'er. (se vedlagt informasjonsskriv med samtykkeerklæring). Ta i mot svar fra de forespurte brukerne ved samtykkeerklæringen. Deretter gi meg opplysninger fra de aktuelle IP. Opplysningene jeg trenger er; kjønn, alder, eksakt gjengivelse av oppsatte mål og delmål, tjenestetilbud, kommune, hvilken enhet koordinator kommer fra/jobber i. I tillegg ønsker jeg å vite hvor mange forespørselen er sendt ut til. Opplysningene kan sendes som svar på mail da de er vurdert til ikke å inneholde sensitiv informasjon og ikke identifiserer brukeren da navn og adresse, diagnose eller fødselsdato er etterspurt eller skal oppgis.

Hva innebærer studien?

Jeg håper å samle inn informasjon fra et sammensatt utvalg av eksisterende IP'er; både fra menn og kvinner (planeiere), med ulik alder og fra ulike kommuner i Sør-Norge. (Deretter skal jeg analysere innsamlet materiale, se på hva som beskrives av mål og hvilke tjenester som gis for å imøtekomme / bidra til å oppnå de oppsatte mål.) Informasjonen skal behandles uten å knytte opplysningene opp til enkeltbrukere. Dvs. slik at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes i det skriftlige materialet som fremlegges.

Mulige fordeler og ulemper

Koordinatoren blir et viktig bindeledd mellom planeieren og meg som forsker. Fordelen med det er at anonymiteten blir godt ivaretatt, brukeren blir ikke belastet med direkte eksponering og systemene blir bedre kjent med IP'er slik de uttrykker seg i dag. For koordinatorene vil det bety et ekstra arbeid. Jeg ønsker å gjøre det så lite belastende som mulig ved å lage et skjema som skal være raskt og enkelt å fylle ut med etterspurt informasjon. Ønsker informasjon fra en eller maks 5 IP pr koordinator. Og totalt fra flere kommuner skal det samles inn ca 30 stk. De eksisterende IP'er skal ikke påvirkes på bakgrunn av dette arbeidet, hverken innhold eller tiltak skal endres som følge av min undersøkelse.

Hva skjer med informasjonen?

Når etterspurt innhold fra IP er innhentet, vil materialet bli samlet og analysert. Resultatene er tenkt formidlet som en vitenskapelig artikkel til et tidsskrift som gis ut i Norge eller Norden. Den informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien og det er kun min veileder og jeg som skal håndtere de anonymiserte rådata.

Veileder er professor Åshild Slettebø, Universitetet i Agder, telefon; 37 23 37 87, e-post: ashild.slettebo@uia.no .

Det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner eller kommuner i resultatene av studien når disse publiseres.

Har du behov for ytterligere informasjon?

Ta kontakt med student Gro Johannessen på telefon; 924 47 002, e-post: gro@kuholmen.com.

Jeg ønsker tilbakemelding på hvilke koordinatører jeg kan kontakte, hvordan jeg kommer i kontakt med dem eller de kan kontakte meg direkte.

Vedlegg;
Informasjonsskriv til koordinatører.
Informasjonsskriv til brukere.
Samtykkeerklæring til brukere.

4 Brev til planeier

Forespørsel om deltakelse i et forskningsprosjekt.

Til deg som har en individuell plan (IP)

Har du fått utarbeidet en individuell plan (IP) eller revidert en eksisterende plan i 2010 eller senere, forespørres du herved om å delta i et forskningsprosjekt, der hensikten er å få mer kunnskap om innholdet i eksisterende individuelle planer.

Bakgrunn og hensikt med å undersøke IP.

Myndighetene og de politiske systemene, gjennom lover og forskrifter, satser mye på at IP skal gi deg, som bruker, en oversikt over de tjenestene du mottar og være et nyttig redskap for samhandling mellom tjenesteytere. En tjenesteyter – en koordinator – skal være bindeleddet og kontakten mellom de ulike tjenesteyterne og brukeren. Det er pasientrettighetsloven som fastslår at personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en IP.

Som ledd i utdanningen, master i folkehelsevitenskap, ved Universitetet i Agder, skal jeg gjennomføre et forskningsprosjekt der jeg ønsker å få mer kunnskap om individuell plan. Dette forskningsprosjektet tar sikte på å få vite mer om hvilke mål brukere beskriver i sine planer og hvilke tjenester som tilbys for å nå disse målene.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer å samle og undersøke informasjon fra et utvalg av eksisterende IP'er, både fra menn og kvinner, med ulik alder og fra ulike kommuner i Sør-Norge.

Informasjonen som trengs til undersøkelsen er; alder, kjønn, hvilke mål og delmål som er beskrevet, hvilke tjenester som gis, hvilken kommune du bor i, når planen gjelder fra/ er revidert. (** etterspurt informasjon*).

Opplysningene er tenkt samlet inn gjennom koordinatoren din. Han/hun har kjennskap til din IP fra før og skal sørge for at informasjonen som gis, blir gitt anonymt. Enkelt personer kan ikke gjenkjennes i det skriftlige materialet som publiseres fra undersøkelsen.

For at koordinatorene skal kunne gi meg opplysninger fra din IP må du gi ditt samtykke til at dette kan skje. Skjema for samtykke ligger ved denne informasjonen.

Mulige fordeler og ulemper

Jeg er ikke kjent med at mitt arbeid skal medføre noen ulemper for deg. IP'en din forblir den samme, hverken innhold eller tiltak vil bli berørt av min undersøkelse.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Når koordinator har hentet aktuelt innhold fra din plan og gitt det til forskeren, vil materialet bli skrevet ned, analysert og tolket.

Resultatene fra undersøkelsen skal søkes presentert for andre gjennom en artikkel i et vitenskapelig tidsskrift. Når artikkelen er skrevet og masteroppgaven levert og godkjent, vil alt råmateriale, all informasjon fra enkelt IP'er, bli destruert i sin helhet. Tidsrammen for dette er 30. juni 2013.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Det er kun jeg og min veileder som skal håndtere de anonymiserte rådata fra din IP.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke tilbake ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg eller din IP eller innhold i denne.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og gir denne til din koordinator. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din IP eller innholdet i denne. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte din koordinator som igjen melder dette til meg.

Dersom du trekker deg fra studien, vil innsamlede opplysninger fra din IP bli slettet/fjernet, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser.

SAMTYKKEERKLÆRING:

(Skriv under og lever den til din koordinator)

Jeg er villig til at * etterspurt informasjon fra min plan kan inngå i studien

(Signert av eieren av individuell plan, dato)

Stedfortredende kan samtykke når dette er berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor.

5 Brev til koordinator

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

Dersom du er koordinator for individuell plan (IP) som tilhører personer over 18 år, vil jeg med dette brev forespørre deg om bistand til å gjennomføre en undersøkelse av individuelle planer.

Bakgrunn og hensikt med å undersøke IP.

I april 2011 ga helsedirektoratet ut en rapport fra karlegging av individuelle planer i landets kommuner. Her er det gitt en oversikt og kunnskap om antall aktive planer, kunnskap om koordinatorene og hvilken sektor de kommer fra og hvilke tjenester som inngår i planene. I gjeldende lovverk har nå pasient- og brukerrettighetsloven, lov om spesialisthelsetjenesten, helse- og omsorgsloven, lov om psykisk helsevern, sosialtjenesteloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og barnevernloven paragrafer som omhandler IP.

Myndighetene og systemene satser mye på at IP skal være et nyttig redskap for at brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få en plan over de tjenester han mottar. Samtidig som planen skal bidra til samhandling mellom tjenesteytere og gi brukere en kontaktperson – koordinatoren, som skal være bindeleddet mellom pasienten og tjenestetilbudene / tjenesteyterne.

Jeg ønsker med denne undersøkelsen å bidra til å få mer kunnskap om IP.

Problemstillingen er: Hvilke mål er formulert i eksisterende individuelle planer (IP)? Hvilke tjenester ytes for at brukeren skal nå sine mål?

Hva innebærer studien?

Samle informasjon om mål og tjenestetilbud, som er beskrevet i eksisterende IP'er som tilhører personer over 18 år, fra menn og kvinner (planeiere), med ulik alder og fra ulike kommuner i Sør-Norge. Informasjonen skal behandles uten å knytte opplysningene opp til enkeltbrukere. Dvs. slik at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes i det skriftlige materialet som fremlegges.

For å få dette til trenger jeg bistand fra deg som koordinator.

Oppgavene vil bestå i å distribuere vedlagt informasjonsskriv med samtykkeerklæring til planeiere. Skrivet inneholder forespørsel om å få tilgang til opplysninger fra deres IP gjennom at du formidler de forespurte opplysninger videre.

Ta i mot svar fra en eller fler av de forespurte brukerne ved samtykkeerklæringen.

Skrive ned og sende svar til meg med de forespurte opplysninger fra en eller fler av de aktuelle IP'ene. Opplysningene jeg ber om er; kjønn, alder, eksakt gjengivelse av oppsatte mål og delmål, tjenestetilbud, kommune, hvilken enhet koordinator kommer fra/jobber i. I tillegg ønsker jeg å vite hvor mange planeiere du har sendt forespørsler til. (bruk evt. vedlagt skjema).

Oppbevare samtykkeerklæring og evt. kopi av utleverte opplysninger til studien er ferdig.

Mulige fordeler og ulemper med prosjektet.

Fordelen med å undersøke IP er å få fokus på et verktøy som i lovgivingen stadig er blitt mer tydelig på at er og skal videreutvikles som et nyttig redskap.

Befolkningen har krav på nødvendig og tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter. Studien skal bringe fram mer kunnskap om IP. Kunnskapen kan kanskje bidra til å gjøre informasjonen om og forventninger til IP bedre.

Fordelen for brukeren er at han ikke trenger å dele mer enn den forespurte informasjon, den foreligger allerede og han trenger ikke forholde seg til enda en person (forskeren).

Som koordinator har du allerede planen og kan hente opplysningene direkte derfra.

Formidling av opplysningene fra IP'ene vil medføre et ekstra arbeid for deg. Data kan formidles i eller som vedlegg i mail fordi opplysningene ikke inneholder sensitiv data.

Hva skjer med informasjonen du har samlet til prosjektet.

Når etterspurt innhold fra IP er innhentet, vil materialet bli samlet og analysert. Resultatene er tenkt formidlet som en vitenskapelig artikkel til et tidsskrift som gis ut i Norge eller Norden. Den informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien og det er kun min veileder og jeg som skal håndtere de anonymiserte rådata. Veileder er professor Åshild Slettebø, Universitetet i Agder, telefon; 37 23 37 87, e-post: ashild.slettebo@uia.no .

Frivillig deltakelse

På samme måte som planeiere samtykker til å delta i studien, er det frivillig for deg som koordinator å bidra. Arbeidsgiver har gitt tillatelse til at du får denne henvendelsen og således kan du bruke tid til å framskaffe ønsket informasjon.

Dersom du ønsker å bidra med gjennomføringen av denne studien som beskrevet over eller har behov for ytterligere informasjon, ta kontakt med Gro Johannessen på telefon; 924 47 002, e-post: gro@kuholmen.com.

Vedlegg;

- Informasjonsskriv til brukere.
- Samtykkeerklæring til brukere.
- Skjema for utfylling av etterspurte opplysninger, skjema er også limt inn i mailen slik at du kan svare med utfylling av denne direkte.

6 Skjema for oppstilling av forespurt informasjon

Skjema for å registrere etterspurt informasjon fra IP til personer over 18 år.

Jeg kan gjerne ta imot eller etterspørre ønsket informasjon på telefon. Gjør det som passer deg og dere best.

Jeg setter opp informasjonen i fht et slikt skjema: så svar gjerne ved å fylle ut og returnere denne mailen:

Kjønn	Kvinne:	Mann:
Alder	Fødselsår/ alder:	
Kommune		
Mål		
Delmål		
Tjenester		
IP ferdig	Dato for ferdigstilling/ evt. revisjon:	
Koordinator	Koordinator fra dato:	Antall IP du har ansvar for nå:

Da hører jeg gjerne fra deg.

Med vennlig hilsen Gro Johannessen
mobil; 92447002

7 Authors guidelines SJoPHC

Scandinavian Journal of Primary Health Care

2011 Impact Factor: 2.054

5-year Impact Factor: 2.021

Ranking: 2/14 (Primary Health Care) 32/76 (Health care sciences & services), 41/153 (Medicine, general & internal)

Thomson Reuters, Journal Citation Reports® 2012

Scandinavian Journal of Primary Health Care publishes articles of relevance to primary health care.

The journal is distributed to members of the Association of Family doctors in Scandinavia. The Editorial board is appointed by the National Colleges or Societies of General Practice in the Nordic countries.

Mission

The main mission of the journal is to publish original, peer-reviewed research on topics related to general practice and primary care. We also publish editorials, discussion papers and reviews to facilitate continuing professional development in family medicine.

Indexed/abstracted in: Applied Social Science Index & Abstracts; Biological Abstracts; Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL); Current Contents/Clinical Medicine; EMBASE/Excerpta Medica; Index Medicus/MEDLINE; Inventory of Marriage and Family Literature (IMFL); Nutrition Research Newsletter; PEDro; Psychological Abstracts; PsycLIT/PsychINFO; Research Alert and SciSearch.

Online submission: Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC) uses electronic manuscript handling. All manuscripts should be submitted online at www.manuscriptmanager.com/sjphc. All papers are published in English. Before you submit, we advise you to check the SJPHC papers on the open access platform (<http://informahealthcare.com/loi/pri>).

All material submitted for publication is assumed to be submitted exclusively to the SJPHC and should conform to the uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals (The Vancouver Style; see for instance BMJ 1991;302:338–41 or www.icmje.org).

All manuscripts are evaluated by the editorial board. Manuscripts which the editors find suitable for the Journal are sent for external review. The final decision to publish an article is made by the Editor-in-Chief.

No fee for publication in the Scandinavian Journal of Primary Health Care is charged if the first author of the article is a member of the Nordic Federation of General Practice (encompassing the Danish College of General Practice, Finnish Association for General Practice, Icelandic College of Family Physicians, Norwegian College of General Practice, and Swedish Association of General Practice). All other articles accepted for publication will be charged a publication fee of 1000 Euros.

Conflict of interest and funding: Authors are responsible for recognizing and disclosing financial and other conflicts of interest that might bias their work. They should acknowledge in the manuscript all financial support for the work and other financial or personal connections to the work.

All submitted papers should indicate at the end of the text: 1) Any necessary ethical approval, 2) The source of funding for the study, 3) Any conflict of interest, 4) Registration number if clinical trial.

In the accompanying letter the author(s) should explain contributions made by each author and that the manuscript has not been published elsewhere or is considered for publication in another journal.

Ethics and consent: When reporting experiments on human subjects, indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 1983. Papers including animal experiments or clinical trials must be accompanied by an approval by the local ethics committee and give registration number. Papers reporting clinical trials must state registration number from a clinical trial register, (e.g. <https://www.clinicaltrialsregister.eu> or <http://clinicaltrials.gov>)

Identifying information should not be published in written descriptions, photographs, and pedigrees unless the information is essential for scientific purposes and the patient (or parent or guardian) gives written informed consent for publication. Informed consent for this purpose requires that the patient be shown the manuscript to be published.

General requirements: Express all scientific measurements (except blood pressure) in SI units; spell out numbers up to and including 10; use numerals for all other numbers. Give generic names of drugs whenever possible; brand names may follow in parentheses. Initials may be used (without full stops) for well-known abbreviations, such as WHO. The author must warrant that, whenever appropriate, any patient or participant mentioned in the text or shown in a photograph has given informed consent to publication of such material. When informed consent has been obtained, it should be indicated in the published article.

All manuscripts should be typed in Microsoft Word in A4 format with double spacing, references and tables included. Pages should be numbered with top and bottom margins 2 cm and left margin 3 cm.

Manuscript structure:

Original articles. We welcome both quantitative and qualitative papers. Arrange the manuscript in the following order: Title page, Keypoints, Abstract, Introduction, Material and Methods, Results, Discussion, Acknowledgements, References, Legends, Tables and Figures. The length of an original article must not exceed 2000 words and have no more than five tables or figures, and 30 references. Qualitative and review articles must not exceed 3000 words (see later). Only when special

reasons have been given, can longer manuscripts and a larger number of references be accepted (see below).

The *title page* should bear the title (brief but comprehensive) containing words necessary for correct indexing, name(s) of author(s), and affiliation. Corresponding author name and contact information. State number of words in the article (body of text, excluding Key Points, abstract, tables, reference list, acknowledgements). Include a short running title (max. 30-50 characters).

Page two should include the Key Points of the article. These should start with a short statement (10–20 words) describing current awareness and include up to three main statements (10–20 words each) describing the paper's most important results and their significance for the readers.

Page three should carry a structured Abstract, not exceeding 250 words, followed by 5–7 Key words, according to Index Medicus. The abstract should contain the following mandatory headings: (headings within brackets are optional): Objective, Design, Setting, (Intervention), Subjects (or patients), Main outcome measures, Results, Conclusion (Implications).

Discussions. The editors encourage structured discussions with the following suggested structure: 1) Statement of principal findings; 2) Strengths and weaknesses of the study; 3) Findings in relation to other studies, discussing particularly any differences in results; 4) Meaning of the study: possible mechanisms and implications for clinicians or policy makers; 5) Acknowledgements should be limited to substantial contributions and financial support.

References must conform to the Vancouver style, being numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Identify references in text and tables with Arabic numerals in square brackets, starting at [1]. List all authors for each source when six or less; when seven or more, give first six followed by et al. Quote title in full, the journal title abbreviated according to the style used in Index Medicus, year of publication, (no issue or date), volume number and first and last page numbers, English translation of title in brackets after title if another language, followed by 'English summary', if present.

Figures should be professionally drawn and photographed, and letters, numbers and symbols must be clear and in proportion to each other. The costs for colour figures in the printed version are to be borne by the author. Figures should be numbered and have a self-explained legend.

Tables. Each table should be typed double-spaced on a separate sheet, (in the same document as text), with number (Roman numerals) and self-explaining legend. Tables should not duplicate information given in the text of the article.

Qualitative papers. May deviate from the general requirements regarding structure. Must not exceed 3000 words). The results of the article should be presented in the analytical text in the results part, the quotations should be considered merely as illustrations. Do not use too many quotations. If too many quotations and too little analytical text, the analysis is considered insufficient.

Quotations should be contextualized concisely as a brief sentence giving only relevant information on the person being quoted. Ensure they are absolutely relevant to the readers, and please follow the style of Scandinavian Journal of Primary Health Care as may be found in recent articles.

Short papers. The editors also welcome short papers, not exceeding 800 words, one table or figure, and 6 references, mainly with the purpose of publishing new important results.

Reviews. A review should address a question of relevance for primary care and systematically summarize the available scientific evidence. It should be short (no more than 3000 words and 60 references) and focused. The author should specify the specific criteria that were used to search the literature and the methodological standards used to select studies used in the overview.

Supplements. Apart from the quarterly issues, reports from medical meetings, medical theses or extra long articles can be published as supplements to the Journal, but at the author's expense.

Copyright: It is a condition of publication that authors assign copyright or license the publication rights of the contents of their articles, including abstracts, to Informa Healthcare UK Ltd. This enables full copyright protection and dissemination of the article and the Journal to the widest possible readership in electronic and print formats. A document to verify this will be sent upon acceptance for publication. This document should be signed by the corresponding author and returned to the publisher for archiving.

Publication of published articles in PhD thesis or dissertation: The author may reprint the article in print format for inclusion in a thesis or dissertation that the author writes. The author may reprint the article in print format, with proper credit to the work's appearance in the Scandinavian Journal of Primary Health Care. If the thesis or dissertation is to be published in electronic format, the submitted version should be used and a link to the article on the Informa website included.

Copyright © 2012 Informa Plc. All rights reserved.

This site is owned and operated by Informa plc ("Informa") whose registered office is Mortimer House, 37-41 Mortimer Street, London, W1T 3JH. Registered in England and Wales. Number 3099067. UK VAT Group: GB 365 4626 3