



Det ble en annerledes plan

Brukeres erfaringer med nettbasert individuell plan i psykisk helsearbeid

Ragnhild A. Michaelsen, Solfrid Vatne & Anne Hollingen

ragnhild.michaelsen@hiMolde.no

solfrid.vatne@hiMolde.no

anne.hollingen@helsenr.no

Artikkelen fokuserer på brukermedvirkning i arbeid med nettbasert individuell plan og bygger på et prosjekt med intervju av ni brukere som fikk samme opplæring og støtte i planprosessen som brukernes koordinatorene. Prosjektet var en oppfølging av en større studie. Funnene viser at disse brukerne opplevde opplæringen som framtidsrettet, og at de utviklet en kyndighet som også skapte myndige brukere. Noen brukere fungerte også som sine egne koordinatorene. Gjennom dette ble planen både lik og annerledes enn det forskriftene for individuell plan tilsier. Forskjellen var at planen inneholdt en type selvrefleksjon som var relatert til brukernes individualterapi, men også en form for egenerapi knyttet til vanskelige følelser og opplevelser. Dette skapte kontinuitet i terapien, og ble en prosess preget av «self-empowerment». Materialet er lite, og det anbefales oppfølging av disse funnene gjennom en større studie.

Denne artikkelen setter fokus på hvordan brukere i psykisk helsevern kan benytte nettbasert individuell plan (IP) som hjelpemiddel i mestring av dagliglivets utfordringer. Artikkelen tar utgangspunkt i brukererfaringer fra et delprosjekt knyttet til prosjektet Myndiggjørende rehabilitering i psykisk helsevern (Michaelsen, Vatne, & Hollingen, 2007).

Individuell plan

Retten til å få og plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i flere lover og forskrifter og omfatter personer som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester (Helsedirektoratet, 2010). Hensikten med IP er at brukerne skal få et helhetlig og individu-

elt tilpasset tjenestetilbud. IP beskrives både som verktøy og prosess. Brukerens koordinator har et vesentlig ansvar for at brukeren settes i sentrum for planarbeidet, sikre oppfølging av planen og framdrift. Siden målet i samarbeidet er reell brukermedvirkning, er det viktig å finne samarbeidsformer som sikrer brukerne og deres pårørende gode forutsetninger for deltakelse og innflytelse (Helsedirektoratet, 2010). I dette prosjektet ble et nettbasert planverktøy brukt.

Nettbasert individuell plan

Det finnes ulike maler for utforming av IP både i papirversjon og nettbasert. I dette prosjektet ble det nettbaserte verktøyet SamPro benyttet. SamPro er et samarbeidsverk-

tøy som kan realisere mange av intensjonene med IP. Det inneholder blant annet et system for kartlegging av livsområder som jobb, utdanning, helserelaterte spørsmål og sosialt nettverk. På hvert av områdene formuleres hovedmål, mål, tiltak og evalueringer som skal bidra til brukerens egen utviklingsprosess. Videre har SamPro et internt beskjedsystem der deltakerne i planen kan sende meldinger til hverandre, kalender som bidrar til oversikt over aktiviteter, en oversikt over fagspesifikke planer og mulighet til å skrive inn møtereferater. Før en går i gang med å lage en IP, må det foreligge et skriftlig informert samtykke fra bruker. Det er brukeren som bestemmer hvem som skal ha tilgang til de ulike deler av planen, noe som gir brukeren god kontroll. Deltakerne får tilgang til planen via internett ved innlogging i dokumentet gjennom personlige passord. Dette muliggjør samhandling mellom brukere og hjelpere på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten, uavhengig av hvor deltakerne befinner seg geografisk. Brukeren kan sitte hjemme og jobbe med planen, men likevel ha kontakt med sine hjelpere gjennom kommunikasjonsmulighetene i planen.

Brukermedvirkning i individuell plan

Brukermedvirkning i helsetjenesten kan enkelt beskrives som samarbeid mellom brukere og profesjonelle hjelpere om omsorg og behandling. Medvirkning forutsetter at brukere både er informert om helsesituasjonen og mulige tjenestetilbud, at de får veiledning og støtte i prosessen med å bli bedre eller mestre det å leve med en langvarig lidelse. Dette innebærer å medvirke i behandlingsprosessen med å finne arbeidsmåte og innhold. Tradisjonelt sett har profesjonelle delt sine kunnskaper med brukerne på en ensidig måte (Vatne, 1998). Pasientopplæring sett

fra et brukerperspektiv må derfor baseres på metoder som fremmer reell involvering av brukerne. I sin ytterste konsekvens vil medvirkning forutsette at brukerens egne erfaringer sidestilles med den profesjonelles fagkunnskap.

Brukermedvirkning i IP bør skje ved at hjelpen rettes mot brukerens interesser og grunnleggende behov. Tiltakene vil ha bakgrunn i det som brukeren er opptatt av, ikke nødvendigvis det hjelperne mener er viktig. Målet er å oppnå et samarbeidsforhold som vektlegger at menneskers egne krefter styrkes, og at forhold som fører til passivitet og uheldig avhengighet svekkes. Dette kalles myndiggjøring eller empowerment (Vatne, 1998). Gjennom å oppfordre brukeren til aktiv deltakelse, styrkes selvrespekt og mestringsevne, noe som kan medføre bedre kontroll og styring over egen livssituasjon, yrkestilpasning og sosial deltakelse. Dette perspektivet på brukermedvirkning setter den subjektive opplevde menneskelige verdighet som en overordnet verdi i behandlingen (Askheim, 2003).

Prosjektet Myndiggjørende rehabilitering

Myndiggjørende rehabilitering var designet som et aksjonsforskningsprosjekt med en intervensjon. Det var et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling for voksenpsykiatri, Helse Nordmøre og Romsdal HF og Høgskolen i Molde. Formålet var å utvikle brukermedvirkning i IP for brukere av det psykiske helsevernet i fire kommuner. Prosjektet gikk over to år.

Utvalget var strategisk og bestod av 37 brukere, med et aldersgjennomsnitt på 40 år, 51 prosent var kvinner og 49 prosent menn. 95

prosent av brukerne var enslige og 75 prosent uføretrygdet, alle hadde en alvorlig og langvarig psykisk lidelse (schizofrenidiagnose: 38.5 prosent, affektiv lidelse: 20.5 prosent). Det deltok til sammen 19 psykiatriske sykepleiere som brukernes koordinator med koordineringsansvar for en eller flere brukere.

Forskningsprosjektet var godkjent av NSD og anbefalt av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Midt-Norge. Både brukere og koordinatører ga sitt informerte samtykke til å delta i prosjektet, i tillegg gav brukerne sin tillatelse til at forskerne fikk innsyn i deres individuelle planer.

På grunn av liten aktivitet i planarbeidet etter ½ år, fikk ni brukere, seks kvinner og tre menn i alderen 22 til 54 år, og deres koordinatører opplæring i nettbasert IP. Ved dette ble utvalget delt inn i to grupper; en gruppe uten egen pc, men med mulighet til å benytte koordinators pc på hennes kontor, den andre gruppen hadde hjemme-pc.

Opplæringen

Det ble arrangert følgende former for opplæring og veiledning:

Individuell plan – SamPro

Ved prosjektstart fikk alle deltakerne undervisning om innholdet i IP og eksempler på hvordan samarbeidet konkret kunne foregå mellom bruker og koordinator. Siden prosjektet skulle benytte en nettbasert individuell plan, og hjelpere og brukere hadde varierende grad av datakunnskaper, ble det *arrangert datakurs*. Kurset varte i tre timer og ble arrangert på tre ulike steder. Det inneholdt generell dataopplæring og bruk av SamPro. På kurset fikk koordinatorene

og de ni brukerne mulighet til å arbeide med brukerens IP på pc under veiledning. Deltakerne fikk også individuell oppfølging i etterkant av datakurset av kursholder (forskningsmedarbeider). Veiledningen foregikk både via telefon, meldingssystemet i IP, samt ved personlig fremmøte. På grunn av sin veilederrolle i planarbeidet, hadde forskningsmedarbeideren innsyn i alle planene og kunne følge med på hvordan den enkelte koordinator og bruker arbeidet med planen. Dersom det var liten aktivitet, tok hun kontakt for å tilby sin hjelp. Dersom hun registrerte at det var aktivitet i planen, gav hun positive og oppmuntrende tilbakemeldinger.

Dialogkonferanser

Gjennom hele prosjektperioden ble det arrangert månedlige dialogkonferanser som var åpne for både brukere, pårørende, koordinatører og andre profesjonelle hjelpere. Innholdet i dialogkonferansene var undervisning i aktuelle tema relatert til IP og erfaringsutveksling i mindre grupper med fremlegg og plenumsdiskusjon. Prosjektet er presentert i Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning (Michaelsen et al., 2007).

Hvordan arbeidet brukere med egen pc med planen?

Etter prosjektets avslutning var det ønskelig å gjøre en oppfølgingsstudie for å kartlegge brukernes erfaringer fra arbeidet med nettbasert IP. Det ble derfor utviklet et nytt prosjekt med følgende problemstilling: Kan nettbasert IP være et redskap til mestring av eget liv? Samtlige ni deltakere med egen pc ble intervjuet samt ni brukere uten pc. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble transkribert og analysert ut fra Kvaales (1997) beskrivelse av analyseprosessens ulike trinn.

Resultatet viste betydelige forskjeller i hvordan deltakerne i de to gruppene arbeidet med planen og utfordringer de hadde møtt. Informanter uten hjemme-pc fortalte at det var vanskelig å arbeide selvstendig på koordinators kontor, om koordinatorenes manglende datakunnskaper og interesse for IP, tidspress samt gammelt pc-utstyr som ikke fungerte. En informant hadde lyst til å skrive selv i planen, men fikk ikke lov av koordinator, en annen fikk lov til å skrive, men ble diktert hva som skulle skrives. Dette medførte frustrasjoner. En informant sa: «Jeg opplever at personalet ikke vet hva det er. Vi vet det bedre vi. Oppskrifta blir ikke brukt» (kvinne, 32 år). Resultatene viste også at det hadde vært lite aktivitet i planene. Flere hadde opplevd at det ikke hadde vært andre deltakere i planen enn bruker og koordinator (Hollingen, 2008).

Videre i artikkelen presenterer vi hvordan informantene med egen pc opplevde opplæringstilbudet, og hvilke erfaringer de hadde med IP.

Resultat

Opplæring til deltaker

Det å få egen pc og gå på datakurs ble opplevd som meningsfylt og fremtidsrettet. Som en av informantene sa: «Data er fremtiden, og nyttig å kunne hvis en skal kunne følge med i tiden». Selv om datakunnskapen var variabel, var dette ikke en hindring for brukerne. En av brukerne med gode datakunnskaper hadde i en periode fast opplæring av en av brukerne i generell datakunnskap og bruk av SamPro. Samtlige informanter uttrykte at de ønsket mer opplæring både om IP og dataverktøyet. Dialogkonferansene ble beskrevet som positive, interes-

sante og spennende. Det var kjekt å delta på noe sammen med andre, og de fikk lyst til å lære mer.

Det skulle vært mye mer opplæring av oss. Det er spennende. En føler jo at en deltar på noe (kvinne, 50 år).

Informantene sa at egen pc hjemme var en forutsetning for å kunne bruke IP som et aktivt verktøy. Med egen hjemme-pc kunne de arbeide med planen når de var i form til det. Alle mente at dette hadde gått bedre enn forventet.

Sin egen koordinator

Informantene i begge gruppene var misfornøyde med samarbeidet med koordinator. De opplevde at det skjedde for lite eller at koordinatorene overtok. Noen beskrev koordinatorene som passive og at de hadde lite innflytelse i planarbeidet. For to av informantene resulterte dette i at de «tok skjeen i egen hånd», og bestemte seg for å bli sine egne koordinatorene.

Jeg synes jeg hadde alt for lite kontakt med koordinatoren min, at jeg ikke fikk den råderetten jeg ville ha. Koordinator slettet det jeg hadde skrevet... det var jo min plan. Nå opplever jeg at det er jeg som er sjefen, og det er en ganske god følelse (kvinne, 48 år).

Ved å bli sin egen koordinator opplevde hun positive endringer, og fikk gode tilbakemeldinger fra hjelpere, familie og forskningsmedarbeider på aktiviteten i planen. Ved at hun tok et personlig ansvar, fikk hun den råderetten hun tidligere savnet, kontakt med de hjelperne hun ønsket og den hjelpen hun etterspurte. Informantene fortalte at da de

tok over koordinatoransvaret, kom også hjelperne mer på banen.

Historien om Line nedenfor, viser at det å arbeide med egen pc hjemme, kan bidra til myndige brukere:

Line var en av pasientene som hadde gått på opplæringskurset. Line og hjemmesykepleieren hadde sittet sammen og jobbet med et første utkast av en individuell plan for Line, med kartlegging av behov og forslag til tiltak. Møtet skjedde på hjemmesykepleierens kontor, og det var sykepleieren som skrev inn på datamaskinen det de sammen hadde kommet fram til. Når Line senere åpner planen på sin hjemme, er hun sammen med en av forskningsmedarbeiderne som skal gi henne veiledning. Hun leser hva som står i planen og utbryter spontant: «Dette forstår jeg ingen ting av – jeg tror jeg sletter hele 'skiten'.» Hun har problemer med å kjenne igjen det som hun selv har vært med på å utarbeide. Forskeren setter seg da ned sammen med Line og støtter henne på å skrive ned sine egne oppfatninger og hva hun selv kan tenke seg å jobbe med. Det er Line som skriver. Som en oppfølging sender forskeren etter noen dager en melding, hvor hun spør Line hvordan det går med konkrete områder i planen. Line sier at det har gått bra – og forskeren gir henne ros, men utfordrer henne samtidig på å gå videre. Hva vil du gjøre nå Line? Hjemmesykepleieren kommer etter en tid hjem til Line, det er avtalt at de denne dagen skal jobbe videre med planen. Sykepleieren setter seg foran datamaskinen, men Line som nå har fått større tiltro til at hun selv greier dette,

sier til sykepleieren: «Dette er min plan – du kan sette deg i sofaen du».

Koordinator i denne historien synes å ha et reelt ønske om at Line skal delta i utformingen av planen sin. Hun opptrer imidlertid som en ekspert som setter seg i førersetet for planarbeidet, språket i planen synes også å være ekspertens språk. Line kjenner ikke igjen det de hadde snakket om i møtet. Dette kan være et hinder for at Line får et eierforhold til egne problemer og løsningsforslag. Opplæringen har gitt henne både kyndighet og tiltro til at dette kan hun greie selv, altså myndighet.

Bedre kontakt med hjelperne via meldingssystemet

Selv om samarbeidet med koordinator ikke ble som forventet, brukte informantene de mulighetene for samhandling som lå i den nettbaserte planen. Spesielt ble meldingssystemet sentralt. Egen pc muliggjorde en levende plan, der informanten selv kunne sende meldinger og ha daglig kontakt med andre deltakere i planen. Meldingssystemet ble brukt for å gjøre avtaler med hjelperne, fortelle hvordan de hadde det eller til spørsmål. De opplevde at de gjennom dette fikk raskere kontakt og hjelp.

Jeg sendte meldinger, der fortalte jeg hvordan jeg hadde det. Det har vært veldig bra for da slipper jeg å sitte med telefonen og ikke komme igjennom (mann, 42).

Jeg hadde det vanskelig for en stund siden, jeg satt oppe flere netter og grublet. Da gikk jeg inn i planen og skrev hvordan jeg hadde det, og jeg fikk raskt hjelp. Jeg forventet ikke at dem skulle

lese meldingen om natten, men neste dag på jobben gjorde de det (kvinne, 24 år).

Flere presiserte at det var tidsbesparende å bruke meldingssystemet. Noen informanter opplevde imidlertid at de sendte meldinger til sine hjelpere som ikke ble besvart. Dette opplevde de som frustrerende og meningsløst.

En annerledes plan

Alle informantene beskrev at de gjennom IP fant en ny måte å arbeide på, som bidro til et bedre liv, men at de brukte planen på en annen måte enn det som er beskrevet i forskriftene (Helsedirektoratet, 2010). En viktig inspirator i denne sammenheng var forskningsmedarbeiderens oppfølging av den enkelte. Brukerne fortalte at det skjedde noe da hun responderte på det de hadde skrevet i planen. Det «puffet» eller den drahjelpen, som hun representerte, satte i gang myndiggjørende prosesser.

Bedre kontinuitet i terapien

Mulighetene til å sende meldinger, eller skrive inn tanker fra en terapitime muliggjorde en mer aktiv brukerrolle. En av informantene brukte, etter at terapitimen var avsluttet, å skrive ned tankene og følelsene sine. Hun hadde avtalt med terapeuten at hun kunne sende inn dette i forkant av neste time. På den måten slapp hun å forklare så mye, og fikk mer ut av tiden.

Da er jeg inni en prosess, og så er timen ute. Og så går du, men du er ikke ute av prosessen for det. Det kan det skje mange ting like etterpå. Det og det skulle jeg ha sagt, og det var uklart, hva mente han med det og så videre.

Hun fortalte at det var nesten som å skrive brev. Skrivningen bidro til at «timen» ble forlenget og det ble mer kontinuitet i prosessen.

En form for selvterapi?

Noen brukte planen til å skrive ned mål og tiltak som handlet om dagligdagse ting i livet:

Da jeg var innlagt, la jeg inn et tiltak på at jeg skulle hjem på permisjon, hva jeg skulle gjøre og hensikten med det. Etter permisjonen evaluerte jeg tiltaket, hvordan det hadde gått på permisjonen. Det var her jeg begynte å oppdage, at ved å jobbe med de små tiltakene, så skjedde det noe (kvinne, 32 år).

Denne kvinnen fortalte at det skjedde noe i denne prosessen som var vanskelig å beskrive. For eksempel førte et tiltak som å bake en kake eller å greie å gå til byen alene, til at hun ble mer bevisst på hvordan hun egentlig brukte livet sitt, på hva som fungerte og hva som ikke fungerte. Etter hvert ble det også mindre ubehagelig å skrive ned det som gikk dårlig. En annen informant mente at skrivningen hadde vært til hjelp i å mestre de vanskelige følelsene:

Jeg har sluttet å gjemme de vanskelige tingene vekk for meg selv. Det er lett å legge lokk på det – knapt innrømme det selv – og langt mindre til andre. Det har gitt meg større mestring og et helt annet forhold til det som ikke fungerer (kvinne, 49 år).

Arbeidet med planen hadde bidratt til større bevisstgjøring rundt eget liv, tro på egne muligheter, økt motivasjon for å arbeide med å endre livet sitt på noen områder og til økt aktivitet og selvstendighet.

Jeg leste av planen at jeg var forferdelig dårlig for en måned siden. Jeg greide å mestre den situasjonen også. Godt å se det, det gjør meg sterkere. Jeg opplever at individuell plan har økt mestringa i livet mitt (kvinne, 32 år).

Noen informanter satte seg også mål som de tidligere hadde ment, var uoverkommelige.

Drøfting

Hjelpenes ekspertrolle – hinder for brukermedvirkning

Mennesker med alvorlig psykisk lidelse er ofte blitt karakterisert som passive og lite motiverte for å motta hjelp. En slik oppfatning kan ha bakgrunn i en historie med mange og lange sykehusopphold, i en behandlingsskiltur preget av eksperter. De tilhører en stigmatisert pasientgruppe forbundet med mange fordommer. Psykiatriens historie er ingen historie om samarbeid og deltakelse i egen behandling (Bø & Thomassen, 2000; Vatne, 2006). Resultater fra denne studien viser noe av det samme. Men IP skaper ikke automatisk mer brukermedvirkning. Brukerne opplevde at de profesjonelle tok overhånd eller var for passive. Brukerne kom i liten grad til orde, og ble i stor grad passive mottakere av den hjelpen de fikk. Det ble ingen plan slik de var forespeilet. De profesjonelles språk skapte også fremmedgjøring til innholdet i planen.

Det er viktig å stille spørsmålet hvorfor reell brukermedvirkning er så vanskelig i praksis. Studier viser at profesjonelle beskriver passivitet og tilbaketrekning som hinder for å oppnå samarbeid med denne brukergruppen og at de av den grunn ikke kommer lengre enn til å starte planprosessen. Noen ser heller ikke helt hensikten med IP, og det kan

være problem å skille IP fra en behandlingsplan. De opplever tidspress og knappe ressurser, og blir ofte alene om ansvaret. Det beskrives at relasjoner mellom mennesker med alvorlige psykiske vansker og profesjonelle hjelpere kan ha lett for å låse seg. Evne og vilje til å finne løsninger i fastlåste situasjoner vil derfor være en forutsetning for å lykkes i samarbeidet (Truman & Reine 2002; Thommesen, 2004; Bull, 2006; Hansen, 2007; Storm & Davidson, 2010).

En annerledes plan – Self-Empowerment

I denne studien opplevde vi imidlertid at tilgang til egen pc, opplæring og enkel støtte på å komme i gang med prosessen, utgjorde en forskjell hos de fleste av brukerne, men planen ble noe annerledes enn forskriftene for IP tilsier. Det at brukerne selv tok styringen, kan betegnes som myndiggjøring eller empowerment, som beskrives av Askheim (2003) som prosesser og aktiviteter som øker individets kontroll over eget liv. Vi vil nedenfor utdype noen forutsetninger for at dette skal skje.

Self-empowerment som prosess krever stor aktivitet fra brukerens side, der den profesjonelles oppgave blir å tilrettelegge og støtte brukeren. Det vil si at den profesjonelle må tre tilbake med egne forventninger, og opptre som *partner*. Partnerrollen (MacGillivray & Nelson, 1998; Rush, 2004; Brown & Ward-Griffin, 2006; Michaelsen et al., 2007) er i internasjonal litteratur presentert som en viktig forutsetning for brukermedvirkning. Daniel (1998) beskriver partnerskap som en «power with»-relasjon, der integritet og evne til å gjennomføre noe bevares, samtidig som at likeverdighet med hensyn til autoritet og fordeler opprettholdes. Dette forutsetter

en rolleendring hos begge parter i samarbeidet (Henderson, 2003). I vår studie kan forskningsmedarbeiders samarbeid og oppfølging av den enkelte bruker falle inn under beskrivelsen av partnerrollen. Partnerrollen var i seg selv ikke mer tidkrevende, men forutsatte kontinuitet i oppfølgingen av den enkelte bruker.

Resultatene fra denne studien viser også at brukeropplæringen, bidro til *økte kunnskaper og ferdigheter* som igjen gav brukerne en form for *kyndighet*. Brukere endret seg fra passive mottakere av helsehjelpen til aktive deltakere. I tillegg til større bevisstgjøring, opplevde de fleste brukerne små skritt i retning av bedre mestring av egen hverdag, noe som økte brukernes tro på egne muligheter. Dataferdigheter og – kunnskap ble opplevd som framtidsrettet. Selv om brukere ikke uttrykte dette eksplisitt, vet vi at for noen brukere kan det være enklere å være deltaker på nettet enn i direkte kontakt med andre. Pc burde av den grunn være et *tilgjengelig hjelpemiddel for denne brukergruppen*. Vi anbefaler at det forskes videre på hvilke brukere som kan ha utbytte av en slik opplæring.

Brukerstyring

Et spesielt interessant funn var at brukernes frustrasjon over passivitet fra koordinatorenes side, resulterte i at de selv tok styring over planene sine. Ved dette bidro planen til en bedre hverdag, men også til egenerapi. Dette sammenfaller med beskrivelsen av empowerment som *terapeutisk dimensjon*, som innebærer å lære å leve med sin funksjon (Askheim, 2003). Gjennom å gi brukeren et aktivt forhold til egen behandling, ble selvspekt og mestringsevne styrket og verdigheten gjenopprettet. Det vil si at det ble utviklet en form for *myndighet*. Dette

kan på sikt føre til bedre yrkestilpasning og sosial deltakelse i samfunnet. Empowerment innebærer altså en *behandlende eller rehabiliterende funksjon*.

Som studien viser, tok noen brukere sterk styring over planen sin og fungerte som sin egen koordinator. Denne form for brukermedvirkning defineres som *brukerstyring* (Vatne, 1998), noe som bidro til at planen ble annerledes. For hjelperne kan dette representere en utfordring. Innholdet i planen fikk en annen ordlyd og et annet innhold enn om det var hjelperen som hadde skrevet den. I denne sammenheng brøt det også med forskriftene om IP. Samtidig gir myndiggjorte brukere de profesjonelle en anledning til å reflektere over egne perspektiver og funksjon. Det kan for eksempel være at forskriftene for IP ikke er hensiktsmessig utformet, at rammene bør endres eller brukes fleksibelt slik at de rommer individuelle forskjeller og behov. For brukerne i vår studie var det viktig å bruke IP i forbindelse med egenerapi.

Profesjonelle må også jobbe med egne forventninger om hva som er mulig å få til. Profesjonelle har sin fagkunnskap som gir føringer for hva som er gode tiltak, men brukerne har sine meninger om hva de ønsker. I dette samarbeidet må den profesjonelle veksle mellom å utfordre og støtte brukerne, men også iblant holde tilbake. Målet er å legge til rette for et konstruktivt samarbeid som bidrar til et bedre liv. Historien med Line viser at profesjonelle ønsker å samarbeide med brukere, men at den tradisjonelle rollen kan være en hindring. Sett fra de profesjonelles ståsted, kan det at Line slettet planen oppfattes som uansvarlighet. Har brukeren kompetanse til å ta så stort

ansvar? Vet hun sitt eget beste? Kan så sterk brukerstyring føre til omsorgssvikt? Dette er viktige spørsmål å stille. Profesjonelle har ofte erfart at brukernes oppfatninger om hva som er problemer og gode løsninger står i strid med deres oppfatninger. Flere av sykepleierne i denne studien opplevde at det var vanskelig å motivere brukerne til å medvirke i planarbeidet, noe de mente hadde sammenheng med brukerne psykiske vansker og langvarige institusjonsopphold (Michaelsen et al., 2007). Vi anbefaler flere studier som undersøker om brukerstyring i sin ytterste konsekvens kan føre til omsorgssvikt.

Konklusjon

Denne studien antyder at nettbasert IP kan være et virkemiddel som bidrar til større mestring, kontroll og råderett i eget liv for brukere med psykiske lidelser. En forutsetning er imidlertid at brukerne får nødvendig opplæring og oppfølging i planarbeidet over tid, og at de har egen pc, da dette utvikler kyndige brukere. Videre anbefaler vi felles opplæring for brukere og hjelpere da dette bidrar til likeverdighet i relasjonen og et styrket samarbeid. For å oppnå reell brukermedvirkning må profesjonelle opptre som partner, mer enn ekspert. Det vil si at de må legge til rette for en samarbeidsrelasjon med delt makt og vilje til å involvere brukerne i beslutningene. Partnerskapsrollen, slik den ble utviklet i samarbeid med brukerne med egen PC, synes å ivareta brukermedvirkning slik dette uttrykkes i forskrift og veileder for IP. Vi anbefaler derfor partnerskapsrollen som tema for videre forskning om IP, og undervisning og veiledning. Videre synes egen pc i arbeid med IP å være et nødvendig hjelpemiddel for denne brukergruppen, og bør derfor være tilgjengelig på hjelpemiddeleentraler.

Koordinator har også et ansvar for at brukerens IP inneholder en kriseplan der brukerens medvirkning settes til side dersom det oppstår situasjoner som kan innebære omsorgssvikt. Utøvelse av ekspertrollen synes imidlertid å være en større risiko. Veileder til Forskrift om individuell plan bør vurderes med hensyn til å gi fleksibilitet som muliggjør arbeid med for eksempel egentterapi, da dette kan innebære «self-empowerment». Det er nødvendig med flere studier for å understøtte disse antakelsene.

Litteratur

- Askheim, O.P. (2003). *Fra normalisering til empowerment: Ideologier og praksis i arbeid med Funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Brown, D., McWilliam, C., & Ward-Griffin, C. (2006). Client-centred empowering partnering in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 160–168.
- Bull, H. (2006). «*Hun mente det var best*» Brukeres erfaringer med medvirkning i arbeidet med individuell plan. Hovedfagsoppgave i Helsefag, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Oslo: Det medisinske fakultetet.
- Bø, T.D., & Thomassen, A. (2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Daniel, L.E. (1998). Vulnerability as a Key to Authenticity. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30 (2), 119–192.
- Hansen, G.V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Karlstad University Studies.
- Helsedirektoratet (2010). *Individuell Plan 2010 Veileder til Forskrift om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 501–508.
- Hollingen, A. (2008). *Brukererfaringer med nettbasert individuell plan*. Masterstudium i helse- og sosialfag, Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper. Høgskolen i Molde.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- MacGillivray, H., & Nelson, G. (1998). Partnership in mental health: what it is, and how to do it? *Canadian Journal of Rehabilitation*, 12(2), 71–83.
- Michaelsen, R., Vatne, S., & Hollingen, A. (2007). Koordinatorrollen ved individuell plan i psykisk helsearbeid. Fokus på brukermedvirkning og samarbeid. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*. 4(9), 15–28.

- Rush, B. (2004). *Mental health service user involvement in England: lessons from history*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 313–318.
- Storm, M., & Davidson, L. (2010). Inpatients' and Providers' Experiences with User Involvement in Inpatient Care. *Psychiatric quarterly* 81, 111–125.
- Thommesen, H. (2004). *Individuell plan – en type praksis. Kommuneundersøkelse årsskiftet 2003/2004*. SKUR-rapport nr.3/2004. Bodø: Statens kunnskaps og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering.
- Truman, C., & Reine, P. (2002). Experience and meaning of user involvement: some explorations from a community mental health project. *Health and Social Care in Community*, 10(3), 136–143.
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Om relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Summary

Ragnhild Michaelsen, Solfrid Vatne & Anne Hollingen

The Plan Became Different Users' Experiences of Working with Web-based Individual Plan in Community Mental Health Care

This article focuses on user participation in the work with web-based individual plan, and is based on results from interviews of 9 users, who received the same education and support in the plan process as their professional coordinators. The project was a follow up of a larger study. The findings show that users who worked on their own pc experienced the training as future-oriented, and that they developed knowledge and skills that empowered them. Through this process, the individual plan became both like the instructions and different from them. The difference was that the plan contained a type of self-reflection, related to the users' individual therapy that created more continuity in the therapy. Notes in the plan about difficult feelings and experiences also functioned as self-therapy. This can, according to the literature, be described as self-empowerment. The research material is small and we recommend that these findings are followed up in a more rigorous study.