



**Høgskulen
på Vestlandet**

Implementering av prosedyre for
`Individuell plan` i sykehus

Implementation of procedure for
`Individual Care Plan` in hospital

Kandidat nr.1

Master i samhandling innan helse- og sosiale tenester

Institutt for helsefag, Førde

Innleveringsdato: 14.6.2017

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
Forord	iii
Sammendrag	iv
Abstract	v
1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn og formål med studien	1
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	5
1.3 Avklaring av sentrale begrep og forkortelser	5
1.3.1 Prosedyre og fagprosedyre	5
1.3.2 Samhandling	5
2 TEORETISK RAMMEVERK	6
2.1 Lovverket og sentrale dokument knyttet til individuell plan	6
2.2 Organisasjon, ledelse og implementering	8
2.3 Tidligere forskning	9
3 METODE OG ANALYSE	11
3.1 Design og metode	11
3.1.1 Kvalitativ metode og kontekst	11
3.1.2 Datainnsamling	11
3.1.3 Etske aspekt ved tilgang til feltet	14
3.2 Analyse	15
3.2.1 Transkribering	15
3.2.2 Dataanalyse	15
3.2.3 Systematisk tekstkondensering (STC)	16
4 RESULTAT	21

4.1	Hva fremmer og hemmer implementering av prosedyre for IP ved avdelinger som har behandlingsansvar for habilitering- eller rehabiliteringspasienter i et sykehus?.....	21
4.1.1	Faktorer som fremmer implementering av prosedyre for IP	21
4.1.2	Faktorer som hemmer implementering av prosedyre for IP	23
4.2	Hvilke tiltak kan være nyttig å sette i verk for at prosedyre for IP tas i bruk av behandlende helsepersonell ved habiliterings- og rehabiliteringsavdelingene?	27
4.2.1	En prioritert oppgave for lederne	27
4.2.2	Internundervisning, personalmøter, medarbeidersamtaler, sjekklister og brosjyre	28
4.2.3	Tiltak i EPJ (elektronisk pasientjournal).....	29
4.2.4	Alliere seg med kunden	29
4.2.5	Samhandling med kommune, samarbeidsmøter og koordinator	30
5	DRØFTING.....	32
5.1	Drøfting av resultatene	32
5.1.1	Hemmere, fremmere og tiltak for implementering	32
5.2	Drøfting av metode	49
6	KONKLUSJON.....	51
7	REFERANSER	a
	Vedlegg.....	f
	Vedlegg 1 – Semistrukturert intervjuguide.....	f
	Vedlegg 2 - Informasjonsskriv	g
	Vedlegg 3 - Samtykkeerklæring	h
	Vedlegg 4 – Svar fra NSD.....	i
	Vedlegg 5 – Visuell fremstilling av sammenfatning av subgrupper	j

Forord

Tre år med deltidsstudier er tilbakelagt og jeg kan se tilbake på lærerike, innholdsrike, krevende og kjekke dager, uker og år! Takk til avdeling for helsefag, Førde – for at dette studiet ble til!

Takk også til alle lærekreftene, både ansatte og gjesteforelesere for et godt undervisningsutbytte.

Takk kjære medstudenter- for nye bekjenskaper, faglig og sosialt fellesskap, gode diskusjoner, arbeidsgrupper, julebord og fjellturer... - ja, settingene har vært mange og flotte!

Stor takk til min veileder – førstelektor Solveig Sægrov –

for konstruktive tilbakemeldinger, gode samtaler, god støtte og oppmuntrende ord fra start til slutt! Du har hjulpet meg med å holde fokus! *Du er ein dyktig rettleiar!*

Tusen takk til informantene i studien som villig stilte opp, og delte sine erfaringer med implementering av prosedyre for individuell plan. Uten dere hadde denne studien ikke sett dagens lys!

Takk til min arbeidsgiver som la forholdene til rette slik at det ble mulig å gjennomføre studiet!

Takk også til gode arbeidskollegaer – lokalt, regionalt og nasjonalt – for støtte, faglige samtaler, motiverende ord når det behøvdtes, og praktisk hjelp underveis. Takk til bibliotekar Hilde ved UIB for ekstra god service!

Takk kjære venner for stor forståelse for mine strenge prioriteringer av fritiden i denne perioden.

Noen treff har det heldigvis blitt som har gitt adspredelse og glede☺

En spesiell takk til min turvenninne Kjersti som har fått meg ut i frisk luft. Det har vært energipåfyll!

Hjertelig takk til min gode familie som har støttet meg gjennom hele prosessen!

Mine kjære, unge voksne barn, Thea, Matias og Tonje som selv går på skole og tar studier.

Dere har hele veien hatt troen og heiet på mamsen – det har vært til oppmuntring og god hjelp!

Min kjærlige og omsorgsfulle mann, Torstein – takk for at du har disket opp med mat og drikke og ellers lagt til rette for at jeg skulle få jobbe i fred, selv også i flyttesjauen vår! Ekstra takknemlig er jeg for at du tålmodig har lest korrektur og kommet med konstruktive innspill for at oppgaven skulle bli forståelig for `hvermannsen`.

Bergen, juni 2017

Merethe H. Boge

Sammendrag

Bakgrunn

Pasienter/ brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Ofte er det personer med behov for habilitering eller rehabilitering som trenger en individuell plan. Fordi individuell plan ikke fungerte slik som intensjonen var fra helsemyndighetene, ble det lovpålagt for helsetjenestene å utarbeide prosedyrer for arbeidet med IP.

Hensikt og problemstilling

Formålet med prosjektet er å forstå og beskrive hvorfor implementering av prosedyren for IP byr på utfordringer i sykehusavdelinger som har pasienter med behov for habilitering- eller rehabilitering. Problemstillingen er: Hvilke erfaringer har ledere ved habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger i sykehus med implementering av prosedyre for IP?

Metode

Kvalitativ metode ble benyttet. Fire enkeltintervju med bruk av en semistrukturert intervjuguide ble brukt for datainnsamling. Det ble foretatt en strategisk utvelgelse av informanter. Systematisk tekstkondensering ble benyttet for dataanalyse.

Resultat

Resultatene viser faktorer som fremmer og hemmer implementering av prosedyre for IP, samt tiltak som kan være nyttige å sette i verk for at prosedyren tas i bruk av behandlende helsepersonell ved habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger i sykehuset.

Konklusjon

Samhandlingsutfordringer synes å være den viktigste hemmende faktoren. Ledelsens manglende fokus på prosedyren, at avvik ikke blir meldt, og sykehusenes begrensede mulighet for å delta i elektronisk individuell plan fremkom også som vesentlige hemmere. At det kan få uheldige konsekvenser for pasientene dersom prosedyren ikke blir brukt, viste seg å være en viktig fremmede faktor. Implementeringen må bli en prioritert oppgave for ledelsen, og det bør innføres brukermedvirkning på systemnivå.

Nøkkelord : Individuell plan, Individual care plan, implementering, prosedyre, samhandling.

Abstract

Background

Patients / users in need of long-term and coordinated services are entitled to have an individual plan drawn up. Often people with need for habilitation or rehabilitation need an individual plan. Because individual plans did not work as intended by the health authorities, it became mandatory for health services to prepare procedures for the work of IP.

Purpose and research question

The purpose of this project is to understand and describe why implementation of the IP-procedure presents challenges in hospital departments that have patients in need of habilitation or rehabilitation. The research question is: What experiences do managers have at habilitation- and rehabilitation departments in implementing IP-procedure?

Method

Qualitative method was used. Four individual interviews using a semi-structured interview guide were used for data collection. A strategic selection of informants was made. Systematic text condensation was used for data analysis.

Result

The results show factors that promote and inhibit the implementation of IP-procedure, as well as measures that may be useful for implementing the procedure for treatment by healthcare professionals at habilitation- and rehabilitation departments in hospitals.

Conclusion

Collaboration challenges appear to be the most important inhibitory factor. Management's lack of focus on the procedure, deviations are not reported, and hospitals limited opportunity to participate in electronic `Individual care plan` also emerged as significant inhibitors.

The unfortunate consequences for patients if the procedure is not used proved to be an important promotional factor. The results also showed that implementation should be a priority task for management, and that user intervention at system level should be introduced.

Keywords: Individual plan, Individual care plan, implementation, procedure, collaboration.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og formål med studien

Pasienter eller brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Denne rettigheten ble innført gjennom pasient- og brukerrettighetsloven i 2001 og gir helsetjenesten en plikt til å utarbeide en slik plan for de pasientene som trenger og ønsker det. IP er også hjemlet i NAV loven og i opplæringsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001 § 2-5; NAV loven, 2006 § 15; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 7-1; Opplæringslova, 1998 § 15-5; Psykisk helsevernloven, 1999 § 4-1; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 2-5).

Hvordan man skal forstå begrepene ` langvarige og koordinerte tjenester`, er definert i Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator: «Langvarig betyr at behovet antas å strekke seg over en viss tid, men uten at det behøver å være varig». «Koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester» (Helsedirektoratet, 2015 kap. Formålet med individuell plan og koordinator). Ofte er det personer med behov for habilitering eller rehabilitering som trenger en IP fordi de som kjent ofte har behov for to eller flere koordinerte helse- og omsorgstjenester over en viss tid. Den offisielle norske definisjonen av habilitering og rehabilitering slår fast at:

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 § 3)

IP er et sentralt verktøy i habiliterings- og/eller rehabiliteringsprosessen, men retten gjelder også for andre pasienter eller brukere som trenger det i alle kliniske avdelinger i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. IP sikrer at tjenestemottakeren når sine mål, at tjenestetilbudet er forutsigbart, planlagt, koordinert og preget av kontinuitet. IP bidrar til effektiv bruk av rette ressurser. I en IP går det klart frem hvem som har ansvar for gjennomføring av de ulike tiltakene som pasienten eller brukeren mottar og når de skal gjennomføres. Som det fremgår av definisjonen er sentrale prosesskrav innen habilitering og rehabilitering at tilbudene skal være samordnet, tverrfaglig og planlagt. Formålet er å styrke samhandlingen mellom de ulike tjenesteyterne og mellom

hjelpeapparatet og tjenestemottaker. IP medvirker til at tjenestemottaker får individuelt tilpassete tjenestetilbud, og at vedkommende slipper å koordinere de ulike tiltakene selv. IP sikrer brukermedvirkning ved at det er tjenestemottakeren som eier planen, og tjenesteyterne tar utgangspunkt i tjenestemottakerens mål, ressurser og helhetlige behov for tjenester i planarbeidet og i gjennomføring av tiltakene. Dette sikrer at tjenestemottakeren blir i stand til å nå sine mål (Helsedirektoratet, 2015; Holum, 2012a; Kjellebold, 2014; Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan definerer brukermedvirkning slik:

Brukermedvirkning vil si å sette brukernes behov i sentrum. Det gjelder særlig når brukeren benytter offentlige tjenester, spesielt innen helse, sosial, arbeid og trygd. Brukerne skal medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. Brukermedvirkning skjer når brukerne er aktive deltakere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011 s. 85).

Pasienter/brukere som har en IP opplever bedre dialog, samarbeid og tillit til tjenesteapparatet. Videre medvirker IP til god relasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyterne og større forutsigbarhet i tjenestetilbudene både for tjenestemottakeren og deres pårørende. Når IP fungerer etter intensjonen opplever pasientene/brukerne det som et godt virkemiddel for å få koordinerte tjenester (Bakke, 2009b s.12 og 18; Breimo, Normann, Tveit Sandvin, & Thommesen, 2015 s. 21; Holum, 2012a; Sægrov, 2012 s.26)

Innen forskningsfeltet er det imidlertid stor enighet om at IP ikke ble den suksessen som myndighetene håpet på, da ordningen ble innført i 2001 (Breimo et al., 2015). Flere studier peker på at IP ikke er en integrert del i den praktiske arbeidsdagen for tjenesteytere, og det synes å være ulike erfaringer knyttet til dette. Blant annet mangel på kunnskap og opplæring i bruk av IP- verktøyet samt manglende forankring i ledelsen (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesø, & Brender, 2011; Breimo et al., 2015; Holum, 2012b; Sægrov, 2012).

I følge Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 er brukermedvirkning fortsatt mangelfullt i tjenesteutøvelsen. I Samhandlingsreformen rapporterer brukergrupper fortsatt om fragmenterte og uoversiktlige tjenester, der spesielt overgangen mellom dem oppleves som problematiske (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009; 2016c s. 12). Det er derfor fremdeles et nasjonalt mål å benytte IP som et viktig verktøy for å bidra til koordinerte tjenester for de som trenger det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, 2010-2011; 2016c s. 38).

Fordi IP ikke fungerte slik som det var tenkt fra myndighetenes side, ble det lovpålagt for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten å utarbeide prosedyrer for arbeidet med IP. Som oppfølging av Samhandlingsreformens mål på dette området, ble det blant annet gjort tilføyelser i spesialisthelsetjenesteloven gjeldende fra 1.1.2012, der den koordinerende enheten (KE) for habilitering og rehabilitering – som tidligere var forskriftsfestet – nå ble lovpålagt og fikk overordnet ansvar for IP. Dette medførte ansvar for å utarbeide prosedyre for IP- arbeidet i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende pålegg ble gitt koordinerende enhet i kommunehelsetjenesten. (Helsedirektoratet, 2013; Prop. 91 L, 2010-2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 7-3; Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011 §§ 6,11,18; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 2-5b).

Som mangeårig rådgiver innen habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, har jeg kunnskap om at prosedyre for IP i sykehusene - i den helseregionen jeg arbeider i - er godkjent hos toppledelsen og ligger tilgjengelig i elektronisk kvalitetshåndbok. Prosedyren inneholder blant annet oversikt over IP-prosessen, rutiner for igangsetting av IP-arbeidet, sykehusets meldeplikt til kommunene om pasienters behov for IP, oppgaver for behandlende helsepersonell og ansvarsfordeling mellom sykehus og kommuner (Boge, Lunde, Breivik, & Kristiansen, 2016; Helsedirektoratet, 2011, 2015). Min erfaring er at prosedyren til tross for dette, ikke synes å være implementert i den daglige driften i sykehusene. Flere studier underbygger mine erfaringer med implementeringsutfordringer for nye prosedyrer (Sandvoll, 2012; Wallin, 2009; Ward, 2012).

Jeg er kjent med at det aktuelle sykehuset som er med i denne studien, har utarbeidet en prosedyre for IP som er tilgjengelig for ansatte. Oppgavene for behandlende helsepersonell som fremgår av prosedyren, er blant annet å vurdere pasienters behov for IP, informere aktuelle pasienter om hva IP er, tilby IP til de som trenger det og innhente samtykke til at IP blir igangsatt dersom pasienten ønsker en IP. Videre fremgår helsepersonell sin selvstendige plikt til å melde om pasienters behov for IP til KE i kommunehelsetjenesten - i de tilfeller hvor kommunen skal sørge for at IP blir utarbeidet. Videre fremgår det at planarbeidet skal dokumenteres i pasientens journal og fremgangsmåten for dette (Helsedirektoratet 2015, kapittel Individuell plan og koordinator; 2013 s.23 -27; Helsepersonelloven §§ 4 og 38a;).

Jeg er videre kjent med at dagens praksis med hensyn til melderutine fra spesialisthelsetjenesten til KE i kommunehelsetjenesten om pasienters behov for IP, er forskjellig fra sykehus til sykehus i landet. Årsaken til dette er manglende nasjonal, standardisert IKT løsning for denne meldingsutvekslingen. En annen utfordring er at spesialisthelsetjenesten ikke uten videre kan delta i

elektronisk IP i de tilfeller det kan være hensiktsmessig. Dette beror på begrensninger i pasientjournalloven om utveksling av pasientopplysninger mellom tjenestenivåene (Pasientjournalloven §§ 8-9). Elektronisk IP er et web- basert verktøy der deltakerne får tilgang til dokumentet via internett ved hjelp av påloggingsprosedyrer. Den elektroniske IP-løsningen er ment som et supplement til fysiske samarbeidsmøter, hvor dokumentasjon av IP- prosessen og kommunikasjon mellom brukeren og tjenesteapparatet foregår online. Dette betyr at brukeren og de ulike aktørene som er inne i bildet fra tjenesteapparatet kan samhandle elektronisk på tvers av organisasjons-, profesjons-, og etatsgrenser (Bjerkan et. al 2014, s.562).

Som redegjort for gjelder retten til IP for alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og særs pasienter med behov for habilitering eller rehabilitering. Dersom implementering av prosedyre for IP byr på utfordringer ved avdelinger som har behandlingsansvar for habilitering eller rehabiliteringspasienter, er det å forvente at andre sykehusavdelinger har tilsvarende utfordring. Helsepersonell som er vant til å arbeide med habilitering- eller rehabiliteringspasienter i sykehuset, forventes å ha kunnskap om IP verktøyet og kanskje i større grad enn helsepersonell ved andre sykehusavdelinger.

Formålet med dette prosjektet er – med denne bakgrunnen – å forstå og beskrive hvorfor implementering av prosedyren for IP byr på utfordringer i sykehusavdelinger som har pasienter med behov for habilitering eller rehabilitering. Det er ledere som har ansvar for at de ansatte setter i gang IP- arbeidet for de pasientene som har krav på det. Det er derfor ledere jeg henvender meg til for å søke svar (Boge et al., 2016; Holum, 2012b; Sæggrov, 2012). Funnene er viktig kunnskap for å ivareta at de pasientene som har krav på det, får tilbud om individuell plan når de er til behandling i habiliterings- eller rehabiliteringsavdelinger i sykehuset (Psykiskhelsevernloven, 1999 § 4-1; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 2-5).

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av tema og formålet med studien har jeg definert problemstillingen som følger:

Hvilke erfaringer har ledere ved habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger i sykehus med implementering av prosedyre for IP?

Svar på problemstillingen søkes gjennom følgende forskningsspørsmål:

1. Hva fremmer og hemmer implementering av prosedyre for IP ved avdelinger som har behandlingsansvar for habilitering- eller rehabiliteringspasienter i et sykehus?
2. Hvilke tiltak kan være nyttig å sette i verk for at prosedyre for IP tas i bruk av behandlende helsepersonell ved disse avdelingene?

1.3 Avklaring av sentrale begrep og forkortelser

1.3.1 Prosedyre og fagprosedyre

«Prosedyre: En angitt fremgangsmåte for å utføre en aktivitet eller en prosess»

(Helsebiblioteket.no, 2010).

«Fagprosedyrer: Prosedyrer som omhandler medisinske og helsefaglige aktiviteter eller prosesser i helsetjenesten» (Helsebiblioteket.no, 2010).

1.3.2 Samhandling

Definisjonen i Samhandlingsreformen legger til grunn samhandlingen mellom helsetjenestenivåene.

Denne forståelsen av begrepet er brukt i denne oppgaven, fordi prosedyre for IP i sykehuset også

innbefatter oppgaver knyttet til samhandling med kommunehelsetjenesten som beskrevet i avsnitt

1.1. «Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg

imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert

og rasjonell måte» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009 s. 13). I denne oppgaven

innbefatter samhandlingsbegrepet også praktisk og konkret samarbeid mellom personer eller aktører

(Måseide, 2013).

2 TEORETISK RAMMEVERK

2.1 Lovverket og sentrale dokument knyttet til individuell plan

Lowverk knyttet til IP blir brukt for å belyse problemstillingen.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasient/bruker en rett til å få utarbeidet en IP:

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001 § 2-5).

Spesialisthelsetjenesten har en plikt til å utarbeide IP for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Videre har den en plikt å samarbeide med andre om planen for å bidra til helhetlig tilbud for pasientene: « Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 2-5).

I de tilfeller der pasientene har behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, er det kommunen som skal sørge for at IP settes i gang og at den koordineres.

Spesialisthelsetjenesten skal medvirke i planarbeidet og har en plikt til å melde fra om pasienters behov for IP til kommunen:

Dersom en pasient har behov for tjenester både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

(Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 2-5)

Videre har helsepersonell en plikt til å melde fra om pasienters/ brukeres behov for individuell plan til den koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering (Helsepersonelloven, 1999 § 38a; Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011 § 23). Denne meldeplikten er nærmere utdypet i

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2015 i kapittel Melding om behov for individuell plan og koordinator).

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator utdyper pasientens og pårørendes rettighet i forhold til medvirkning i IP-arbeidet:

Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.

(Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011 § 16).

Det er også vist til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og pasientjournalloven (Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring 2017; Pasientjournalloven 2015). Problemstillingen belyses også ut fra stortingsmeldinger, andre sentrale dokument fra helsemyndighetene og nasjonale rapporter:

- Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009)
- Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet 2015)
- Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer (Helsedirektoratet 2013)
- Prop 91L (2010-2011)
- Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (Helsedirektoratet 2011)
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005 -2015 (Helsedirektoratet 2005)
- Oppdragsdokument til de regionale helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017)
- Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015 – Nasjonale resultater (Holmboe, 2016)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2010-2011)
- Nasjonal helse- og sykehusplan (Helse- og omsorgsdepartementet 2015)
- Kvalitet og pasientsikkerhet 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2016a)
- Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 (Helse- og omsorgsdepartementet 2016c)

- Ën innbygger – èn journal (Direktoratet for e-helse 2017)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2016b)

2.2 Organisasjon, ledelse og implementering

Problemstillingen og resultatene i studien drøftes også ut fra litteratur om organisasjon og ledelse - som del av systemteori - samt litteratur om implementering (Axelsson, 2009; Berwick, 2003; Grol, 2005; Holthe, 2011; Jacobsen, 2012; Klev, 2009; Randrup Krog, 2011; Skjørshammer, 2004).

Noen referanser fra pensumlitteratur om IKT og profesjonell identitet er også tatt med (Aanestad, 2012; Wackerhausen, 2009). «En organisasjon kan defineres systemisk som et sett av roller (elementer) og en strøm av aktiviteter som er utformet med tanke på å oppnå bestemte mål» (Skjørshammer, 2004 s. 38). Systemisk betyr «det å tenke helhetlig» (Skjørshammer, 2004 s. 37). Kvalitet er en systemegenskap i en organisasjon (Berwick, 2003).

En av dypstrukturene i en organisasjon er teknologi. Faglige prosedyrer sorterer under teknologi i en organisasjon. I et sykehus regnes dette som et kjerneelement og inngår som en vesentlig faktor i sykehusets struktur (Randrup Krog, 2011; Skjørshammer, 2004). Det vises i denne oppgaven til prosedyre for individuell plan som er tilgjengelig på Helsebiblioteket.no (Boge et al, 2016).

Implementering av nye prosedyrer vil medføre en endring i måten å arbeide på, noe Grol (2005) sin definisjon av implementering fastslår: «A planned process and systematic introduction of innovation and/or changes» (Grol, 2005 s. 11).

IP er brukerens plan som redegjort for i kapittel 1.1. Brukeren sin kunnskap er viktig i implementering og kvalitetsforbedring av tiltak, både på individ- tjeneste og systemnivå (Bakke, 2009a; Jenssen, 2012). Brukermedvirkning i habilitering og rehabilitering er en viktig målsetting for regjeringen, også på systemnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016c). «Brukermedvirkning på systemnivå er samhandling mellom en etat (kommune, sykehus) og organisasjoner som representerer brukere i etaten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011 s. 86).

2.3 Tidligere forskning

I studien har jeg gjort søk etter forskning i flere databaser. Flere innfallsvinkler med ulike norske og engelske søkeord ble prøvd. Søk på bare `individuell plan` resulterte i for mange treff og likeså ved søk på `implementering` og `implementation`. En kombinasjon av søkeordene individuell plan og implementering medførte at for mange relevante resultat falt bort. IP regnes for å være Norges svar på det internasjonale begrepet `Integrated Care` (Holum, 2012a). Derfor falt jeg ned på å bruke søkeordene `individuell plan` OR `individual care plan`. Det ble foretatt søk for perioden 2011 -2017, det vil si tidsrommet etter at de nye bestemmelsene om IP ble lagt til i lovverket - som redegjort for i innledningskapittelet. Denne søkestrategien resulterte i 211 treff:

Swemed+ (12 treff)

Ovid MEDLINE (R) (36 treff)

Cinahl (17 treff)

Oria (146 treff)

Forskning og litteratur om individuell plan som omhandlet implementering av IP- verktøyet eller funn som kunne sammenlignes med resultater i denne studien ble valgt ut:

- Individual plan in rehabilitation process: a tool for flexible collaboration? (Alve, 2013)
- Integrated care in Norway: the state of affairs year after regulation by law (Bjerkan et al., 2011)
- Web-based collaboration in individual care planning challenges the user and the provider roles – toward a power transition in caring relationships (Bjerkan, Vatne, & Hollingen, 2014)
- Individuell plan: samspill og unoter (Breimo et al., 2015)
- Planning individually? Spotting international welfare trends in the field of rehabilitation in Norway (Breimo, 2016)
- «Individual plan» in a user-oriented and empowering perspective: A qualitative study of «individuals plans» in Norwegian mental health services (Holum, 2012a)
- «It is a good idea, but...» A qualitative study of implementation of `Individual Plan` in Norwegian mental health care (Holum, 2012b)
- Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan: -anerkjennelse og krenkelse (Humerfelt, 2012)
- Individuell plan i helse- og omsorgstjenesten – behov for endringer og ansvarliggjøring? (Kjellevoid, 2014)
- «Implementering av individuell plan (IP) for kreftramma (Sægrov, 2012)

Masteroppgaver ble ikke tatt med i utvelgelsen.

En forskningsartikkel, Hovlid (2013) referer til Berwick (2003) som jeg også har brukt. I tillegg har jeg fått artikkeltips Sandvoll (2012) Wallin (2009) og Ward (2012) fra lærere ved studiet.

Endelig har jeg abonnert på nyheter fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten i hele prosjektperioden. Herfra fremkom en ny rapport som gir en oversikt over - systematiske oversikter over effektstudier for implementering av retningslinjer for helsepersonell etter 2005 (Kunnskapssenteret, 2015). I følge denne oversikten ser det ikke ut til å være forskning som gjelder effekt av implementering av prosedyre for IP i sykehus.

3 METODE OG ANALYSE

I dette kapitlet presenteres studiens design og metode, inkludert etiske aspekt ved tilgang til feltet samt analyseprosessen av det empiriske materialet.

3.1 Design og metode

3.1.1 Kvalitativ metode og kontekst

Kvalitativ metode var den mest hensiktsmessige metoden for å løse problemstillingen for studien. Metoden er egnet til å bedre forstå menneskelige handlinger ut fra en beskrivelse av deres «..erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger» (Malterud 2011, s. 27). I følge Kvale (2015) kan intervju brukes som kontekst for å produsere kunnskap. Gjensidigheten i en intervjusituasjon mellom intervjuer og informanten danner en helhet. Denne helheten dannes gjennom enkeltdeler som fortellinger og setninger. Hver enkelt del får igjen sin mening gjennom konteksten som helhet. Dette kan relateres til den hermeneutiske tradisjon der kunnskap oppstår gjennom hver enkelt del, og delene får mening gjennom å tilhøre den overordnede konteksten (Kvale, 2015 s. 237). Som `forsker` søkte jeg å innta et fenomenologisk perspektiv i intervjusituasjonen gjennom å spørre etter informantenes erfaringer og opplevelser knyttet til tematikken. Målet var å få frem «levende kunnskap» om tema sett ut fra informantens ståsted som leder av en habiliterings- eller rehabiliterings avdeling (Kvale 2007, referert i Malterud 2011, s. 130).

3.1.2 Datainnsamling

Menneskelig samhandling krever samtaler. For å bli kjent med mennesker og for å få innsyn i deres erfaringer, opplevelser, følelser og holdninger trenger vi å samtale. I en intervjusamtale søker forskeren å forstå verden fra intervjupersonens side (Kvale 2015, s. 119-120; Malterud 2011, s. 66-67).

For å besvare forskningsspørsmålene, brukte jeg enkeltintervju som forskningsmetode i datainnsamlingen, i motsetning til fokusgruppeintervju som jeg ikke har tilstrekkelig erfaring med. Fire til syv enkeltintervju kan være tilstrekkelig dersom forskeren har god kompetanse for det tema som skal forskes på (Malterud, 2011, s. 60). Å benytte et lite antall informanter finner jeg også

belegg for hos Kvale (2015, s. 148) som sier at det ikke er slik at « -jo flere intervjuer, desto mer vitenskapelig».

På grunn av tidsperspektivet for studien og omfanget av oppgaven, planla jeg derfor for fire intervju, og var åpen for en utviding av antall informanter i løpet av analyseprosessen dersom det skulle vise seg at det empiriske materialet ble for tynt. Dette er også i tråd med Thagaard (2013 s.60) og Malterud (2011, s. 57).

3.1.2.1 Semistrukturert intervjuguide

Jeg utarbeidet en semistrukturert intervjuguide på bakgrunn av forskningsspørsmålene.

Semistrukturert intervju er også kalt dybdeintervju eller ustrukturert intervju. Den semistrukturerte intervjuguiden – vedlegg 1 – minnet meg i stikkordsform om de temaene jeg ønsket data om (Kvale 2015, s.156 -157; Malterud 2011, s.129 -133). Jeg fulgte ikke intervjuguiden slavisk, dette for å kunne være åpen for nye tanker eller spørsmål omkring problemstillingen. Dermed ble hvert intervju tilpasset den enkelte intervjusituasjon og hvert intervju forløp dermed litt forskjellig (Malterud 2011, s.129 -133).

Jeg foretok prøveintervju på en kollega ved annet sykehus enn arbeidsplassen min. Dette var en sykepleier med god kunnskap om IP. Jeg justerte så intervjuguiden og fikk innspill på justert utgave fra min veileder. Dette for å være mest mulig forberedt, og for å høyne kvaliteten på kunnskapen som skulle produseres (Kvale, 2015 s. 134). Endelig utgave på intervjuguiden forelå 19.september 2016.

3.1.2.2 Utvalg og rekruttering

Rekrutteringen av informanter skjedde ut fra en strategisk utvelgelse. I kvalitativ forskning handler utvelgelsen om hvem som kan bidra til å belyse forskningsspørsmålene best mulig i motsetning til en representativ utvelgelse. Brukermedvirkning ansås ikke for å være relevant for å belyse problemstillingen i denne studien (Malterud 2011, s. 56-57).

3.1.2.3 Utvalgsbias

For å finne informanter kontaktet jeg et større sykehus for å redusere utvalgsbias. Utvalgsbias skjer oftest hvis man benytter egen arbeidsplass eller nære kollegaer som datakilder (Malterud 2011, s 64).

3.1.2.4 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Et strategisk utvalg kan styrke reliabiliteten av funnene, fordi informantenes kjennskap og erfaring med tematikken, som skal undersøkes, er vesentlig (Malterud 2011, s.56). Jeg søkte derfor etter et utvalg av ledere som hadde behandlingsansvar for habilitering eller rehabiliteringspasienter i et stort,

norsk sykehus. Disse forventet jeg hadde kjennskap til prosedyren for IP i sykehuset. Jeg henvendte meg til fire avdelinger; tre innen somatisk rehabilitering og en innen psykisk helsevern, selv om en `blanding av somatikk og psykiatri` i utgangspunktet kan medføre risiko for stor variasjon i funnene, vurderte jeg denne risikoen som liten. Og på den annen side sier Malterud at «*analysen blir best når materialet inneholder rikelig stoff om det vi skal undersøke, gjerne med mange variasjoner...*» (Malterud 2011, s. 61)

I innledningen av intervjuene ble det bekreftet at alle fire informantene hadde flere års erfaring i sin lederstilling og god kjennskap til IP som verktøy. Tre av dem hadde tidligere klinisk erfaring med å bruke IP i samhandling. Én hadde selv ikke erfaring med å bruke IP, men kjente godt til verktøyet og hensikten med det.

3.1.2.5 Validitet

«Å validere er å stille spørsmål ved kunnskapens gyldighet» (Malterud 2011, s. 181).

Utvikling av kunnskap handler om å innhente relevant informasjon som kan belyse problemstillingen. Vi bør derfor - i følge Kvale 1996 (referert i Malterud 2011) - bruke spørreordene *hva* og *hvorfor* gjennom hele forskningsprosessen. For eksempel spurte jeg meg selv i analyseprosessen «hva handler dette om?» – og «hvorfor er dette relevant å ta med?». Slike refleksjoner er viktige for å vurdere hva forskningsfunnene er gyldige i forhold til, kalt intern validitet. I min studie er funnene gyldige for den aktuelle konteksten; fire ledere ved fire habiliterings- eller rehabiliteringsavdelinger ved dette sykehuset. Imidlertid er min overveielse at funnene kan ha en viss grad av overførbarhet til lignende habilitering- og rehabiliteringsavdelinger ved andre norske, sykehus fordi min for forståelse tilsier at problemstillingen er relevant også for andre sykehus. Overførbarhet er knyttet til utvalget, men også til relevans og kalles for ekstern validitet (Malterud 2011, s. 62-63).

Underveis i intervjuet sjekket jeg min egen forståelse av det som informanten fortalte ved at jeg repeterte det, for eksempel slik;« ... og da trekker du frem holdning, samarbeidskompetanse som viktige faktorer, er det riktig oppfattet?» På denne måten fikk vi en felles forståelse av den kunnskapen som ble produsert. Dette kaller Malterud for «deltakersjekk», herunder «Dialogisk validering» (Malterud 2011, s. 182).

3.1.3 Etiske aspekt ved tilgang til feltet

3.1.3.1 Informert samtykke

Fire potensielle informanter fra aktuelt sykehus ble informert om studien pr e-post og spurt om å delta. Brevet inneholdt informasjon om studiens formål, design og samtykkeskjema. Her fremgikk også informasjon om retten til å trekke seg og at anonymiteten ble sikret (vedlegg 2 og 3).

Informert samtykke er viktig for at deltakeren skal kjenne studien godt nok til å ta en avgjørelse om personen vil bidra eller ikke med sine erfaringer (Kvale 2015, s. 104; Malterud 2011, s. 204).

Alle fire var positive til å delta og signerte samtykke som ble sendt i retur pr e-post. Informert samtykke fra alle forelå i slutten av august 2016. Samtykkene ble scannet og oppbevart i mappe på eget område på PC.

3.1.3.2 Godkjenning fra aktuelle instanser

På grunn av lagring av personopplysninger, ble studien meldt til NSD - Norsk senter for forskningsdata og svar forelå 22.8.2016 (vedlegg 4). Det skulle ikke innhentes helse- eller pasientopplysninger, derfor krevdes ikke godkjenning fra Regional etisk komite (REK) (Malterud 2011, s. 205-207). Deretter gjorde jeg avtaler om intervju for to dager i oktober.

Jeg innhentet opplysninger fra ansvarsperson i aktuelt helseforetak om saksbehandlingsprosessen internt, og meldte studien for registrering til forskningsavdelingen i det aktuelle sykehuset. I tråd med intern rutine for dette ved sykehuset, benyttet jeg et standardisert meldeskjema vedlagt de fire signerte samtykkeskjema fra informantene, kvittering fra personvernombudet og godkjent prosjektplan. I begynnelsen av oktober purret jeg svar og fikk godkjenning fra personvernombudet i aktuelt helseforetak dagen etter. Samtidig ble jeg fra forskningsavdelingen spurt om navn på intern prosjektleder ved aktuelt sykehus, og navn på aktuelle klinikkdirektører for de lederne som hadde samtykket. Da tok jeg en telefon til forskningsavdelingen, for om mulig kunne oppklare eventuelle misforståelser. Konklusjonen ble at alle aktuelle klinikkdirektører skulle stå som interne prosjektledere. Den 10.oktober sendte dermed forskningsavdelingen brev til aktuelle klinikkdirektører med informasjon om at hvis det ikke kom innvendinger til prosjektet ville tillatelse til oppstart bli gitt etter tre virkedager. Den 13.oktober forelå endelig godkjennelse fra Forskningsavdelingen og jeg foretok intervju som planlagt den 20. og 21. oktober. Det kan være uklart hvem som skal gi samtykke ved forskning i institusjoner, noe jeg erfarte gjennom denne prosessen (Kvale 2015, s. 105).

3.1.3.3 Kontekst

I forbindelse med avtaler om intervju med de fire lederne, ble det avtalt at de skaffet møterom på sin arbeidsplass og intervjuene fant sted i deres arbeidstid. Intervjuene ble foretatt i løpet av to påfølgende dager. Selve møtet med hver informant varte som planlagt én time, hvorav selve intervjuet varte ca. ¾ time. Det ble brukt en lydbåndopptaker og mobilopptak som reserveløsning (Malterud 2011, s. 70). Før selve intervjuet startet, repeterte jeg hensikten med studien og øvrig innhold som fremkom i informasjonsbrevet de tidligere hadde mottatt. Informanten fikk utdelt intervjuguiden, leste gjennom denne og fikk så anledning til å spørre eller kommentere om det var noe som virket uklart, før vi startet selve intervjuet. Lydbåndopptaker ble slått på når informanten bekreftet at hun/han var klar. Jeg erfarte at lydopptaker påvirket samtalen på den måten at det ble en opplevelse av en mer høytidelig dialog under opptaket og en mer løssluppen samtale når intervjuet var ferdig og opptakeren ble slått av. Dette er et eksempel på at konteksten med lydopptak påvirker hva vi forteller og hvordan vi opptrer (Kvale 2015, s.117). Helt til slutt fikk informantene spørsmål om de ønsket å tilføye noe før vi avsluttet intervjuet. Avslutningen av intervjuet ble dermed tydelig markert (Thagaard, 2013 s. 111).

3.2 Analyse

I det følgende fremkommer analyseprosessen av det empiriske materialet.

3.2.1 Transkribering

Å transkribere vil si å omgjøre tale til tekst for å kunne gjøre intervjudialogen klar for analyse (Kvale 2015, s. 137; Malterud 2011, s.75 -78). Umiddelbart etter første intervju foretok jeg transkripsjon av dette, ord for ord. Den påfølgende dagen foretok jeg de tre neste intervjuene umiddelbart etter hverandre, og påbegynte transkribering samme kveld. Jeg fortsatte den nærmeste uken, og brukte til sammen mellom 18 og 20 timer på å transkribere alle intervjuene. Ved å transkribere selv, ville jeg prøve å sikre at alle detaljer kom med, lære hvordan jeg som intervjuer opptrådte og kunne knytte erindring til aspekter ved intervjusituasjonen som bidro til at jeg også begynte innledende analyse underveis i transkriberingsprosessen, for eksempel ved at jeg la merke til momenter som gikk igjen hos alle informantene.

3.2.2 Dataanalyse

I kvalitativ metode benytter forskeren både beskrivelser og tolkninger. Jeg benyttet systematisk tekstkondensering (STC) av Malterud (2011, s. 96-112; 2012), inspirert av en hermeneutisk forståelse og et fenomenologisk perspektiv. Hermeneutikken handler om tolkning av meninger og

menneskelige uttrykte tekster, og i fenomenologien regnes *menneskers erfaringer som gyldig kunnskap* (Gadamer, 1997; Malterud, 2011, s. 45; 2012).

3.2.3 Systematisk tekstkondensering (STC)

STC er en strategianalyse av kvalitative data som har sitt utgangspunkt i og er inspirert av Giorgi's psykologiske og fenomenologiske analysemetode. Metoden representerer en praktisk og deskriptiv tilnærming til datamaterialet. Den regnes dermed mer som en prosedyre enn en teoretisk dedikert metode og er inspirert av fenomenologiske ideer som er knyttet til teorier om menneskelig erfaring og livsverden (Malterud 2011, s.96-97; 2012).

Hovedstrukturen i STC består av fire trinn: å få et helhetsinntrykk (fra kaos til tema), å identifisere meningsdannende enheter (fra tema til koder), å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene (kondensering – fra kode til mening) og å sammenfatte betydningen av dette (sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser) (Malterud, 2012).

STC er én metode av flere mulige for å gjennomføre analyse av kvalitative data (Malterud, 2011, s. 112). Som `novise i forskning` anså jeg STC prosedyren som hensiktsmessig, da den ville gi meg en systematisk fremgangsmåte med metodologisk kvalitet uten å inneha omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi (Malterud, 2011, s. 97).

3.2.3.1 Trinnene i STC

Å få et helhetsinntrykk av datamaterialet (fra kaos til tema) er det første trinnet i prosedyren.

Jeg leste hele materialet mens jeg tenkte over og noterte inntrykk av foreløpige tema. Jeg inntok et «fugleperspektiv» og fikk et innblikk i hva teksten stort sett dreide seg om, hele tiden med spørsmålene fra intervjuguiden i bakhodet. På bakgrunn av dette noterte jeg foreløpige tema som jeg fant omtalt i teksten (Malterud, 2012). For eksempel «årsaker til at prosedyren ikke blir brukt» eller «tiltak for implementering av prosedyren»...

Å identifisere meningsdannende enheter (fra tema til koder) er det andre trinnet.

Her merket jeg av meningsbærende enheter som sa noe om et tema., for eksempel under tema «årsaker til at prosedyren ikke blir fulgt», fant jeg en meningsbærende enhet som denne:

Fordi at det (tenkepause) har ingen umiddelbar betydning for driften at IP faktisk blir meldt.

Jeg satte så meningsbærende enheter inn i tabellen, i kolonnen ved siden av aktuelt tema.

Det tredje trinnet bestod av å *abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene* (kondensering – fra kode til mening).

Her etablerte jeg subgrupper og koder som kondenserte innholdet i den meningsbærende enheten. For eksempel ble koden for den meningsbærende enheten beskrevet i fase to, slik: «ingen *betydning for driften*». Videre på dette trinnet laget jeg kondensat eller kunstige sitat. Disse sitatene er ment som utgangspunkt for presentasjon av resultatene. Kondensatene skal ha «jeg form» og skal sammenfatte eller gjenfortelle det som er lagt i den aktuelle subgruppen. Dette for best mulig å få frem hvordan informantene uttrykte seg under intervjuene (Malterud 2011, s.106-107).

Jeg startet med en av de meningsbærende enhetene som jeg syntes fortalte mye om problemstillingen relatert til det første forskningsspørsmålet og kategorien `faktorer som hemmer implementering`. Tekst fra de øvrige meningsbærende enhetene under samme kategori, vurderte jeg om kunne passe inn her eller om den best hørte hjemme i en annen subgruppe, eventuelt at jeg ved nærmere vurdering fant ut at den ikke var så relevant eller meningsbærende likevel. Hele det empiriske materialet ble gjennomgått på denne måten. For hvert av kondensatene valgte jeg ut et «Gullisitat» som jeg mente illustrerte kondensatet (Malterud 2011, s. 106-107).

Eksempel på kondensering av en subgruppe og utvelgelse av et gullisitat:

Kategori: «**Faktorer som hemmer implementering**»

Subgruppe: «**Ledelsen har ikke fokus på det**»

Fordi at det (tenkepause) har ingen umiddelbar betydning for driften at IP faktisk blir meldt. Det går greiere at man ikke gjør det. Det har ingen konsekvenser. Det er ikke en feil eller det blir ingen skade av det. ...Nei, det blir ikke oppdaget. Det går greit å la være...(kunstpause) det har aldri vært tema på ledermøter. Ikke som jeg kan huske. Hva tror du årsaken kan være til det? Det er igjen for at det ikke har konsekvenser for driften. Det som ikke har konsekvenser, kan man bare glemme (liten tenkepause) det blir ikke prioritert. Man kommer ikke utenom det altså at når klinikerne ikke er kjent med de tingene betyr det at ledelsen heller ikke har oppmerksomhet og fokus på det.

Gullisitat: «**Det har ikke konsekvenser for driften**»

Til slutt på det fjerde trinnet, *sammenfattet jeg betydningen* (sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser) av tema, den meningsbærende enheten og kodene i en analytisk tekst. Jeg foretok med andre ord en rekontekstualisering, der jeg som `forsker` inntok rollen som «*re –narrator* » og skrev i

tredje persons perspektiv, som Malterud (2012) kaller det. I eksemplet over ble følgende setning ny tekst i siste fasen:

«Erfarer at det ikke har umiddelbar betydning for driften at IP blir meldt»

Eksempel:

1. Helhetsinntrykk (foreløpig)Tema	2.Meningsdannende enheter (fra tema til koder)	3.Kondensering (fra kode til mening)etablering av subgrupper	4.Sammenfatning (fra kondensering til beskrivelse)
Årsaker til at prosedyren ikke har blitt fulgt	<i>Fordi at det (tenkepause) har ingen umiddelbar betydning for driften at IP faktisk blir meldt.</i>	Ingen betydning for driften	Erfarer at det ikke har umiddelbar betydning for driften at IP blir meldt.

Jeg gikk gjennom alle fire fasene for hvert av intervjuene. Det ble flere analyserunder etter første gjennomgang, med flytting, omstruktureringer og kategoriseringer ved hjelp av ulike farger.

Deretter sammenfattet jeg subgruppene fra alle fire analysene, kalt tverrgående analyse, ved hjelp av å tenke et `kommode system` - fritt etter Malterud (2011) sin metafor - der subgrupper som omhandlet samme tematikk, fikk samme fargekode (lagt i samme skuff) (Malterud 2011, s. 94 -98).

Det endte da opp med fire hovedtema (skuffer):

- Årsaker til at prosedyren ikke blir fulgt
- Årsaker til at prosedyren blir fulgt
- Tiltak som kan iverksettes
- Andre måter enn IP som kan gi pasientene koordinerte tjenester

Visuell fremstilling av sammenfatning av subgrupper følger som vedlegg 5.

Etter denne runden laget jeg et nytt arbeidsark, med en ny tabell for bedre oversikt over tema.

I denne analyserunden bygget jeg nye `kommoder`, der hver kommode fikk overordnet temanavn

basert på hovedtemaene i intervjuguiden. De foreløpige temaene fra første analyserunde, ble nå omgjort til pragmatiske kategorier og noen nye kategorier som også utdypet meningsinnholdet, subgrupper og koder ble utviklet . I praksis satte jeg de ulike kategoriene, subgruppene og kodene inn i tekstbokser (‘skuffer’) som jeg flyttet til riktig ‘kommode’ i forhold til innhold (overordnet temanavn). Dette ble min måte å gjøre det på, i tråd med Malterud (2011) som sier at man kan finne sine egne modifikasjoner på «*hvordan prinsippene*» i STC «*kan omsettes i praksis*» (Malterud 2011, s. 111). Arbeidet med å utvikle kategorier ble basert på hvordan kodene kunne klassifiseres, og i siste analyserunde reflekterte jeg på nytt over kategoribegrepene og justerte dem i henhold til begrepene i forskningsspørsmålene (Malterud 2011, s.110). For eksempel ble begrepet ‘årsaker til at prosedyren blir fulgt’, omdefinert til kategorien; ‘Faktorer som fremmer implementering’.

Eksempelet under illustrerer en av «kommodene», inspirert av Malterud (2011, s. 96 -111)

Tema	Om bruk av prosedyren		
Kategorier	Faktorer som fremmer implementering		
Sub grupper	Enkelte brenner mer enn andre	Dokumenteringskrav	Konsekvenser for pasientene
Koder	Ansvar lagt til en funksjon Sosionom Pasientkoordinator	For lave tall på registrering. Opprettet rutine internt); haker av for behov for IP eller ikke Det skal dokumenteres	Uavklarte forventninger Oppgaveansvar ikke ivaretatt Gikk(går) utover pasientsikkerhet

3.2.3.2 Forskningsetiske betraktninger

Forforståelse vil kunne påvirke forskerrollen. Denne forforståelsen består av «*erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og forskerens teoretiske referanseramme*» (Malterud, 2011, s. 40).

Vanligvis er forskerens forforståelse viktig og motiverende for å komme i gang med et forskningsprosjekt, noe som ga meg inspirasjon gjennom forskningsprosessen. På den annen side erfarte jeg at min tunge forforståelse innimellom kunne bli til byrde, fordi jeg identifiserte meg med informantene. Mye av det de fortalte, kjente jeg igjen som tilsvarende erfaringer fra egen praksis. Jeg mener likevel at jeg opptrådte profesjonelt ved å søke å holde avstand til min forforståelse og innta en lyttende og beskrivende holdning til informantenes perspektiv (Malterud, 2011 s. 44-45).

Jeg erfarte i analysearbeidet at det var vanskelig å sette min egen forforståelse i parentes, spesielt under siste trinn i analysen; sammenfatning. Dette er imidlertid svært viktig for å kunne være mest mulig lojal til informantenes fortellinger og erfaringer, og jeg brukte derfor mye tid på å bearbeide sammenfatningene, for å påse at disse ikke ble mine egne tolkninger (Malterud, 2011, s.44 -45).

Kategoriene som ble utviklet i analysen brukes som underavsnitt for å presentere resultatene i neste kapittel (Malterud, 2011 s. 111).

4 RESULTAT

I dette kapittelet presenteres datamateriale og hvordan jeg forstår og tolker dette, sett i forhold til problemstillingen: Hvilke erfaringer har ledere ved habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger i sykehus med implementering av prosedyre for IP?

Funnene presenteres kortfattet og strukturert under hvert av de to forskningsspørsmålene, og er basert på kategoriene, subgruppene og kondensatene som ble analysert frem i STC analysen (Malterud, 2011 s.111-117)

4.1 Hva fremmer og hemmer implementering av prosedyre for IP ved avdelinger som har behandlingsansvar for habilitering- eller rehabiliteringspasienter i et sykehus?

4.1.1 Faktorer som fremmer implementering av prosedyre for IP

4.1.1.1 Enkelte brenner mer enn andre

To informanter trakk frem at de opplever at en faktor som fremmer implementering av prosedyren, er at enkelte behandlere brenner mer enn andre for temaet. Eksempelvis sosionom og overordnet pasientkoordinator. Teamet skal vurdere behovet, men sosionom har fått tillagt og tydeliggjort oppgaven og passer på at det blir gjort.

«...så har vi lagt det ansvaret i alle fall i sengeposten til èn rolle, til sosionomen... sosionomen passer også på at dette blir vurdert. Det er litt hensikten med at det er lagt til en funksjon. For hvis det bare er opp til alle, så har alle nok med seg og sitt, men hvis en er utpekt til å tenke på noe spesielt, så er vi mer sikre på at det blir gjort. I og med at hun har fått det tydeliggjort at dette blir din oppgave, så passer hun på at det blir tenkt - at det blir tatt opp som et tema».

«Det er nok enkelte som brenner mer for det enn andre. Hos sosionom og pasientkoordinator vil det være mer fremme».

Gullsitat: Det er nok enkelte som brenner mer enn andre for implementering av prosedyren.

4.1.1.2 Registrering/dokumenteringskrav

Registreringskrav synes å være en faktor som bidrar til at prosedyren for IP blir brukt.

En av informantene erfarer at de har for lave tall på registrering i forhold til det de melder fra om.

Derfor har de opprettet rutine i nye saker, der det blant annet hakes av for behov for IP eller ikke.

En annen informant oppgir at fordi behov for IP skal dokumenteres, bidrar det til at prosedyren blir brukt.

«Det viser seg at vi har for lave tall i forhold til det vi mener at vi melder fra om. De tallene vi får på registrering tyder på at vi har for dårlige tall. Vi har opprettet rutine nå, når det er nye saker. Da vil de tingene, behov for IP eller ikke, der vi skal hake av, være ett av punktene»

«Det skal dokumenteres».

Gullsitat: IP skal dokumenteres. Vi har for dårlige registreringstall på IP.

4.1.1.3 Konsekvenser for pasientene

En av informantene var opptatt av pasientsikkerhet som en viktig faktor for at prosedyren skulle bli

brukt. Informanten hadde en erfaring med at behov for IP ikke ble meldt videre til

kommunehelsetjenesten. Det fikk konsekvenser for pasienten. Oppgaveansvaret ble ikke ivaretatt og det gikk utover pasientsikkerheten.

«...det har vi vært oppi nylig (kunstpause) ...det ble uavklarte forventninger. Jeg tror vi skulle nok meldt behov for IP. Da hadde man kanskje ikke fått disse tingene - det gjorde vi ikke. Vedkommende skulle gjerne hatt en IP, og da skulle vi meldt. Det fikk noen konsekvenser. Oppgaveansvaret ble ikke ivaretatt. Det gikk utover pasientsikkerheten».

Gullsitat: Det fikk noen konsekvenser. Oppgaveansvaret ble ikke ivaretatt. Det gikk utover pasientsikkerheten.

4.1.2 Faktorer som hemmer implementering av prosedyre for IP

4.1.2.1 Samhandlingsutfordringer med kommunen

Samhandlingsutfordringer med kommunehelsetjenesten pekes på som en vesentlig faktor som hemmer implementering av prosedyre for IP i sykehuset. Informantene erfarer at det er usikkerhet omkring hva som er kommunens ansvar og hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar når det gjelder IP- arbeidet. Det erfares at `de nye føringene` ikke har satt seg enda. Videre oppleves det liten interesse for IP- og koordinatararbeidet i kommunene. De erfarer at spesialisthelsetjenesten blir lett oppfattet som styrende når de gjør sin plikt ved å melde fra om pasienters behov for IP og koordinator. Det oppleves som vanskelig å nå frem med budskapet om spesialisthelsetjenesten sin plikt om å melde fra til kommunehelsetjenesten om pasienter behov for IP. Det faktum at aktørene i hjelpeapparatet som skal samhandle har to forskjellige arbeidsgivere, blir også trukket frem som en faktor som hemmer bruk av prosedyren for IP i sykehuset.

«Jeg tror at det er en del usikkerhet fortsatt i forhold til hva som er kommunens ansvar og hva som er spesialisthelsetjenesten sitt ansvar. Tror det har gått såpass kort tid siden de nye føringene kom at de ikke har satt seg enda. Det som er vanskelig er at vi møter så liten interesse for dette i kommunen. Det at vi har et ansvar for å melde fra... (kunstpause)... at vi bare gjør vår plikt, så er det litt vanskelig å nå frem».

«det er vanskelig for oss å skape noe.. eh..det er to forskjellige arbeidsgivere og (tenkepause) at vi da blir sett på som å pålegge de noe de mener at vi ikke har myndighet til. Det er et skjæringspunkt og til hinder».

Det kom frem at de ikke skal love noe på vegne av kommunen for ikke å skape noen forventninger hos brukeren.

«Vi stresser jo veldig med at vi ikke skal love noe på vegne av kommunen, men.. det er noe med hva du hører der og da. Av og til så får vi høre at vi har skapt en forventning, og de kommer ikke til å tilby IP. Hvis vi kjører veldig hardt ut hos oss, så er det plutselig noen andre som føler seg, ja – om de ikke føler seg tråkket på, at vi er veldig ...(tenkepause/ lar det henge i luften) ... det er nok også et skjæringspunkt».

Det ble understreket av en av informantene at det kan være vanskelig å få forståelse for de som arbeider med IP i kommunehelsetjenesten også, fordi det er store kommuner med mange folk, store

system og de har mye å ta seg av. En av informantene ved en somatisk avdeling i sykehuset, erfarer at de har mer fokus på å kartlegge og iverksette - og har ikke langvarige opphold - noe som er i tråd med Samhandlingsreformen. Det viktige, mente informanten, er å overføre til kommunen for det er der de store oppgavene skal skje.

«...men de har store kommuner og mange, mange folk og store system og mye å ta seg av. Og de sliter nok med å få forståelse for dette arbeidet der og. ..det er blitt mer og mer fokus på at vi skal kartlegge, vi skal starte og iverksette, så er det overføring til kommunen som er det viktige, for det er der det skal skje, de store oppgavene, i tråd med Samhandlingsreformen. Og da legger vi ikke opp til at det skal være noe langvarig her, som det historisk var at folk gjerne var her et halvt år»

Gullsitat: Det er en del usikkerhet hva som er kommunenes ansvar og hva som er spesialisthelsetjenestens sitt ansvar.

4.1.2.2 Interne samhandlingsutfordringer mellom de ulike profesjonene i sykehusavdelingen

To av informantene nevnte også interne samhandlingsutfordringer som hemmende faktor for implementering av prosedyren. I poliklinikken er det ikke delegert ansvar til en spesifikk funksjon. Ansvaret flyter. Erfaringer tilsa også at det er uklart hvem som skal gjøre hva i det tverrfaglige arbeidet, hvem som skal spørre om IP, og at det er mye å huske på som behandler.

«..for når tiltak settes i gang, er det tverrfaglige teamet inne og forskjellige som tenker på sine spesialiteter, men disse tingene kan nok flyte litt ut, for det ligger ikke til en; ikke til psykologen, ikke til ergoterapeuten, men det er et felles ansvar som vi skal tenke på.

Det er også laget en intern rutine, men allikevel er det ikke gitt hvem som skal gjøre det og når. Det er mye man skal huske på som behandler. Vi er tverrfaglige her. Hvem er det da som skal spørre om IP?»

Gullsitat: Hvem skal spørre om IP i det tverrfaglige teamet?

4.1.2.3 Ledelsen har ikke fokus på prosedyren

At ledelsen ikke har fokus på prosedyren oppgis som en vesentlig faktor for manglende implementering av denne i sykehuset. En av informantene erfarer at det ikke har umiddelbar betydning for driften at IP blir meldt. Det går greiere om man ikke gjør det. Det får ingen konsekvenser. Det blir ikke oppdaget. Det går greit å la være.

«Fordi at det (tenkepause) har ingen umiddelbar betydning for driften at IP faktisk blir meldt. Det går greiere at man ikke gjør det. Det har ingen konsekvenser. Det er ikke en feil eller det blir ingen skade av det. Nei, det blir ikke oppdaget. Det går greit å la være (kunstpause) ..det har aldri vært tema på ledermøter. Ikke som jeg kan huske. Det er igjen for at det ikke har konsekvenser for driften. Det som ikke har konsekvenser, kan man bare glemme (liten tenkepause) det blir ikke prioritert. Man kommer ikke utenom det altså at når klinikerne ikke er kjent med de tingene betyr det at ledelsen heller ikke har oppmerksomhet og fokus på det».

Gullsitat: At prosedyren for IP ikke blir brukt blir ikke oppdaget, fordi det får ingen konsekvenser for driften.

4.1.2.4 Avvik blir ikke meldt

Ingen av informantene oppgir at de har innført avviksmelding dersom prosedyren for IP ikke blir fulgt. En informant sier at de aldri har snakket om å innføre avviksmelding på IP-prosedyren, både fordi det oppleves uavklart hva som skal meldes, og fordi informanten tror at de ikke hadde fått noen avviksmeldinger med mindre det ble sagt at avviksmelding skulle brukes.

«...det har vi aldri snakket om i forhold til IP, nei...for det er et spørsmål om hva er det vi skal melde? Hva er grensen? Og jeg tror ikke vi hadde fått noen avviksmeldinger på akkurat det, hvis vi ikke hadde sagt at vi skulle ha det».

En annen informant sier at de ikke har tenkt avvikssystem internt, men at det kunne vært nyttig med et avvikssystem knyttet til kommuner som ikke følger opp meldinger fra spesialisthelsetjenesten om pasienters behov for IP.

«Nei, vi har ikke tenkt noe i vårt avvikssystem i forhold til disse rutinene vi lager, men det jeg har tenkt er at det kunne vært nyttig å ha et avvikssystem i forhold til kommunene når det er meldt fra om behov for IP til KE i kommunene - og vi ser at det ikke blir gjort, så tenker jeg at det kunne vært nyttig. Men jeg ser at det er problematisk å gjøre. Avvik internt har vi ikke tenkt på, men det kunne selvfølgelig også vært en konsekvens som kunne vært ført til noe».

Den tredje informanten sier at andre viktige prosedyrer blir det meldt avvik på dersom de ikke blir fulgt og nevner brannvern som eksempel.

«De andre prosedyrene er viktige. Det kan få fatale konsekvenser hvis de ikke blir fulgt. Brannvern for eksempel».

Gullsitat: Å melde avvik i forhold til IP rutinene har vi ikke tenkt på.

4.1.2.5 Mangler gode erfaringer og felles forståelse

To av informantene peker på mangel på gode erfaringer med IP og felles forståelse som en hemmende faktor for implementering av prosedyren. Det oppleves at det for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten mangler en felles forståelse og nytteeffekt av IP. På spørsmål om det mangler en felles forståelse for dette fra begge sider svarer den ene informanten:

«Ja, og nytten av det».

Manglende erfaring med bruk av IP som et viktig samhandlingsverktøy nevnes. Det har videre etablert seg en oppfatning av at IP er noe som blir liggende i en skuff, eller at man ut fra en erfaring ikke har sett at det var nødvendig eller viktig.

«Det er nok også det at det er manglende erfaring med at IP er et viktig samhandlingsverktøy. Det har blitt en oppfatning av at dette er noe som ligger i en skuff. ..eller så er det det at man har hatt en erfaring og ikke sett at det er nødvendig eller at det ikke har vært viktig, ja (tenkepause) det er de to tingene der».

Gullsitat: Det er manglende erfaring med at IP er et viktig samhandlingsverktøy

4.1.2.6 Manglende elektroniske løsninger

To av informantene erfarer at det ikke er lagt til rette for spesialisthelsetjenestens medvirkning i elektronisk IP. Dette oppleves som en hindring i forhold til å bruke prosedyren for IP.

«..hvis vi hadde hatt det elektroniske (IP) verktøyet på plass, hadde det opplevdes som mer hensiktsmessig. Slik som nå, er det til hinder eller i alle fall ikke lagt til rette for»

« ..og så er det jo det med det elektroniske. Det med pålogging osv. Det med pålogging er sikkert en barriere for mange...(lar det henge i luften stopper opp)».

Gullsitat: Elektronisk IP som den er nå, er til hinder for deltakelse fra spesialisthelsetjenesten.

4.1.2.7 Mangel på tid og komplisert registrering

Tre av informantene peker på tidsfaktor som en hemmer for implementering av prosedyren.

En erfarer at fagpersoner kommuniserer at de har mye å gjøre og mye som skal registreres og at det

som er krevende å sette seg inn i, ikke vil bli tatt i bruk. En av informantene erfarer også at den overordnede prosedyren er for lang og komplisert i forhold til registrering av IP arbeidet.

«...for det er en gjenganger at fagpersoner i spesialisthelsetjenesten – og helt sikkert også i kommunen – kommuniserer at de har mye de skal gjøre, mye som skal registreres og at de enkle tingene fungerer bedre enn de som ikke er så enkle og de som krever mer å sette seg inn, vil ikke bli tatt i bruk som de litt mer enkle. Tok den opp en gang blant lederne våre..., og da kom det innspill på at registreringen for status for IP ble ansett som komplisert, og da kan det hende at noen ser for lett på det med status for IP registreringen i EPJ (elektronisk pasient journal)».

« I en hverdag hvor det er mye å spørre om og huske på, da tror jeg det kanskje ofte blir glemt. Og det skal registreres i journal, og det er ikke heller sikkert at det blir gjort. Jeg tror dette med tid. Man opplever at det er mye som skal skje på kort tid (kunstpause) og at det er mange inne samtidig og da skal man ivareta alle, og da kan det være at man ikke fikk gjort alt. At man ikke fikk spurt. At man ikke fikk tid».

«... for det kommer hele veien nye ting, det som har vært lenge blir lett glemt for det kommer nye ting».

Gullsitat: Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten opplever at det er mye som skal skje på kort tid og at registrering for IP anses som komplisert.

4.2 Hvilke tiltak kan være nyttig å sette i verk for at prosedyre for IP tas i bruk av behandlende helsepersonell ved habiliterings- og rehabiliteringsavdelingene?

4.2.1 En prioritert oppgave for lederne

Informantene mente at implementering av IP-prosedyren må bli en prioritert oppgave for lederne. Tre av informantene var opptatt av å kanalisere inn til lederne at dette er noe de skal følge opp mot sine medarbeidere. Det er et lederansvar på enhetsnivå og man må legge en strategi for hvordan man skal få det til på en god måte.

«Så blir det å kanalisere det inn som en lederoppgave som lederne skal følge opp mot sine medarbeidere; at det blir en prioritert oppgave. Jeg tenker at når det er et lederansvar på enhetsnivå

å følge opp dette, må lederne legge en egen strategi for hvordan få dette til på en god måte. Lederne kunne sagt at lederen har ansvar, da må dere gjøre det for dette er mitt ansvar også.

«Jeg er jo ansvarlig for implementeringen»

«Vi må holde fokuset oppe, det er «clue», tror jeg.. at vi ikke glemmer, at vi ikke tror at «nå er vi der».. vi må hele tiden stresse det.

En av informantene mente at dersom man måtte begynne å rapportere på IP og klinikkdirektørene etterspurte tall for registrering, hadde det blitt et tema på ledermøtene.

«Min leder tar opp ting som hun/han må rapportere på, så hvis jeg måtte begynne å rapportere på IP, så hadde det nok blitt et tema. Hvis klinikkdirektørene var interessert i tall på IP, så hadde det blitt et tema på ledermøte».

Gullsitat 1: Jeg er ansvarlig for implementering. Gullsitat 2: Hvis klinikkdirektørene var interessert i tall på IP, så hadde det blitt et tema på ledermøte.

4.2.2 Internundervisning, personalmøter, medarbeidersamtaler, sjekklister og brosjyre

Tre av informantene foreslår å bruke internundervisning og sjekklister som tiltak i avdelingen for at prosedyren skal bli tatt mer i bruk.

«Vi holder nå på med et prosjekt, der vi skal se på arbeidsprosessene i poliklinikk. Jeg leker med tanken på å lage en sjekklister som skal brukes ved første kontakt med pasienten, der man kontrollerte for blant annet dette med behov for koordinator og IP».

«Vi har laget en sjekklister...(tenkepause) ...det er legens ansvar å spørre om dette og sørge for at det blir spurt om – hvis de ikke har delegert til en av de andre i teamet. Og så har vi internundervisning en gang i uken der de forteller om IP, hva og hvordan. Nettopp for å holde det oppe».

En av informantene foreslår også at man kan ha fokus på prosedyren i en periode på internundervisning/personalmøter og i medarbeidersamtaler og i tillegg utarbeide en brosjyre som hjelp til behandlerne når de skal informere pasientene om IP.

«Det går an å tenke fokus på det i en periode på internundervisning eller på personalmøter eller går selvfølgelig an å spille inn i medarbeidersamtaler. Hvis det er en person som aldri har laget en IP, aldri

tatt initiativ til IP, aldri meldt fra, og har jobbet i vårt system i mange år, er det på sin plass at lederne tar dette opp med personen; at dette er en del av jobben, en viktig del av jobben og at det er et lovpålagt verktøy som skal brukes. Vi har tenkt å utarbeide en brosjyre til hjelp for våre fagfolk når de har vurdert behovet for IP og vil informere pasientene våre om hvorfor dette kan være nyttig og hva en IP skal inneholde også videre».

Gullsitat: Internundervisning, personalmøter, medarbeidersamtaler, sjekklister og brosjyre, er forslag til implementeringstiltak for prosedyren i avdelingen.

4.2.3 Tiltak i EPJ (elektronisk pasientjournal)

Tiltak i EPJ systemet blir foreslått som nyttig for at prosedyre for IP tas i bruk av behandlende helsepersonell i sykehusavdelingene. Dersom det blir utviklet en elektronisk løsning som også gir spesialisthelsetjenesten mulighet til å medvirke i IP arbeidet, vil dette oppleves som mer hensiktsmessig.

«Hvis vi hadde hatt det elektroniske (IP) verktøyet på plass, hadde det opplevdes som mer hensiktsmessig»

«Hvis vi får et elektronisk system i fremtiden. Hvis vi kan få anledning til å skrive inn i verktøyet, da kunne vi deltatt på en mer hensiktsmessig måte».

En av informantene foreslår en liste i EPJ systemet på alle pasienter som det ikke var tatt stilling til.

«Kanskje om alle pasienter det ikke var tatt stilling til kom opp på en liste i EPJ systemet. Da fikk vi det med en gang».

Gullsitat: Elektronisk IP for spesialisthelsetjenesten hadde vært hensiktsmessig, og alle pasienter det ikke var tatt stilling til, bør komme opp på en liste i EPJ.

4.2.4 Alliere seg med kunden

Alle informantene foreslår at KE kan vise til praktiske eksempler og nytteeffekt av IP som tiltak for å bidra til å få implementert prosedyren.

«Noen oppfatter at dette er veldig tungt -åh, skal man snakke om dette nå igjen (gestikulerer med armene). Ja, man forstår hva IP er og at man har ansvaret, men hvis vi ikke kommer opp med gode

eksempler, med en suksesshistorie, eller når det ikke fungerer – når det gikk galt, forstår man ikke hvorfor man skal snakke om disse tingene. Opplever bare å sitte der å trykke...(blir hengende i luften).

«Eksempler på hvordan dette kan fungere. En case i en kommune der det fungerer godt»

«Jeg tror det hadde vært bedre å vise `en pakke for IP`. Man må få frem praktiske eksempler tror jeg. Hvordan IP ser ut, og hvordan det har fungert i praksis istedenfor å snakke om intensjoner og føringer. Ting som er viktig og nyttig er folk interessert i.

Å alliere seg i større grad med brukere og brukerorganisasjoner som har erfaringer med at IP er et nyttig verktøy blir trukket frem.

«Jeg har forstått at på vårt område er det viktig å alliere seg med brukerne, altså kunden, personer som kan ha nytte av IP. Det finns brukerorganisasjoner som syns at dette er nyttig, så man kan gjerne alliere seg i større grad med dem».

Gullsitat: På vårt område er det viktig å alliere seg med brukerne, altså kunden

4.2.5 Samhandling med kommune, samarbeidsmøter og koordinator

Alle informantene hadde erfaring med at koordinering fungerte bra i de tilfellene der det var kontakt og samarbeidsmøter med kommunen, at de som er involvert i brukeren snakker sammen, og der det blir brukt en koordinator som forstår sin rolle.

«At man samkjører seg med kommunens folk. De ringer her og vi er ute i kommunen og veileder. De har navnene våre. De kan ringe når de vil. Det er treffpunkt med kommunens folk. Har kommunemøte før utskriving, der man får navn og nummer for oppfølging etter utskriving. Da blir sosionomens navn og nummer oppgitt i utskrivingspapirene. Da har kommunen mulighet til å ta kontakt. Jeg opplever at disse prosedyrene henger litt sammen, altså koordinator og IP. At det som starter med en koordinator kan gjerne ende opp med en IP etter hvert».

«Om de snakker sammen de som er rundt brukeren, fungerer det bra. Noen har bare koordinator og ansvarsgruppemøte».

«Ansvarsgruppemøter er veldig tilstrekkelig i mange saker. Man blir ofte enige i samarbeidsmøter, og det blir referatført. Det blir delt opp hvem som skal gjøre hva. Og det er forpliktende. Der det er en koordinator som forstår koordinatorrollen, er ansvarsgruppemøter tilstrekkelig»

«Dette med koordinatorrollen. ...at det er avklart hvem som er koordinator».

Gullsitat: Forpliktende samarbeidsmøter og koordinator som forstår koordinatorrollen er ofte tilstrekkelig.

5 DRØFTING

Dette kapittelet starter med en drøfting av resultatene sett opp mot teori og tidligere forskning. Til slutt i dette kapittelet drøftes metoden som ble brukt i studien.

Forskningsspørsmålene: «Hva som fremmer og hemmer implementering av prosedyre for IP ved avdelinger som har behandlingsansvar for habiliterings- eller rehabiliteringspasienter i et sykehus» og «Hvilke tiltak som kan være nyttig å sette i verk for at prosedyre for IP tas i bruk av behandlende helsepersonell ved disse avdelingene» - er slått sammen i drøftingen. Dette er gjort fordi resultatene som viser hvilke tiltak som kan være nyttige å sette i verk – i praksis vurderes til å være faktorer som fremmer implementering av prosedyren. Til sammen vil drøftingen belyse problemstillingen «Hvilke erfaringer har ledere ved habiliterings – og rehabiliteringsavdelinger i sykehus med implementering av prosedyre for IP?»»

Gullsitatene fra resultatkapittelet er benyttet for å sikre sammenheng i oppgaven og flyt i drøftingen.

5.1 Drøfting av resultatene

5.1.1 Hemmere, fremmere og tiltak for implementering

Gullsitat: «Det er en del usikkerhet hva som er kommunenes ansvar og hva som er spesialisthelsetjenestens sitt ansvar».

Resultater av undersøkelsen viser opplevelser knyttet til usikkerhet når det gjelder fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten omkring IP- arbeidet. Dette ble trukket frem som en faktor for at prosedyren for IP i sykehuset ikke ble brukt.

På sett og vis kan man undre seg over dette, fordi prosedyren blant annet beskriver denne fordelingen (Bogge et al., 2016). Like fullt tyder undersøkelsen på at dette er en utfordring. At samhandling om IP på tvers av helsetjenestenivåene er utfordrende viser også tidligere forskning og litteratur (Bjerkan et al., 2011; Breimo et al., 2015;). Sægrov (2012) fant imidlertid i sin studie at over halvparten av informantene mente at samhandlingen mellom sykehus og kommune var godt, og 34% av informantene opplevde at det var svært god samhandling. Dette kan nok skrive seg fra forskjellen mellom studiene, der informantene til Sægrov var sykepleiere som jobbet med kreftrammede brukere og hadde vært med i et undervisningsprogram om IP, mens Bjerkan et. al og Paulsen Breimo et. al rettet seg mot bredere utvalgsgupper. I en kvalitativ undersøkelse Helsedirektoratet utførte i

2014, fremkommer det mangler i samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten og intern samhandling innenfor de to tjenesteområdene (Rambøll, 2014).

Det kan – sett i lys av system- og organisasjonsteori – være interessant å reflektere over noen mulige faktorer til at oppgave- og ansvarsfordeling eller samhandling vedrørende IP - arbeidet fremdeles synes uklar etter Samhandlingsreformen og etter at prosedyre for IP - i sykehus forelå.

Til tross for beskrivelser i prosedyren for IP om oppgave- og ansvarsfordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, kan det – ut fra resultatene i undersøkelsen – tyde på at det kan oppstå grensekonflikter i forhold til hvilket helsetjenestenivå som har ansvar for hva, som gullsitatet viser. Grensekonflikter oppstår i følge Skjørshammer (2004) fordi grenser i sosiale system beskytter systemet sin egenart og dets spesielle oppgaver. Axelsson (2009) kaller dette for organisatorisk revirtenkning og hevder det er en vanlig barriere for grenseoverskridende samhandling. For at et system skal fungere godt – eksempelvis spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten – er det viktig med klare grenser eller regler som definerer hvem som deltar i systemet. Dette vil beskytte mot innblanding fra andre (Skjørshammer, 2004). Grensekonflikter kan herav utgjøre en potensiell trussel for samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette fordi de to systemene vil begge beskytte sine grenser.

For brukerne derimot er det nærmest likegyldig hvilket tjenestenivå som leverer hva, bare de får et optimalt og koordinert tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009, s.13). Relatert til denne studie handler det om at pasienter som trenger det får tilbud om IP. Dersom grensekonflikter i forhold til ansvarsavklaring som gjelder IP er en hemmer for samhandlingen mellom spesialist og kommunehelsetjenesten – som resultatene fra undersøkelsen tyder på – er det pasienten – som har behov for en IP – det går utover. Det er en pasientrettighet å få en IP, dersom man fyller kriteriene for dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001 § 2-5). Det er et lovpålagt krav for spesialisthelsetjenesten å vurdere pasienters behov for IP, informere vedkommende om IP, og melde behovet for IP videre til KE i kommunehelsetjenesten i de tilfeller det er behov for tjenester fra begge forvaltningsnivåene (Helsedirektoratet, 2013; 2015 i kapittel Melding om behov for individuell plan og koordinator og i kapittel om Individuell plan og koordinator- formål og rettigheter; Helsepersonelloven, 1999 § 38a; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 §2-5).

Dersom pasienter som har behov for det ikke tilbys en IP, på grunn av samhandlingsutfordringer mellom helsetjenestenivåene, kan dette sees på som et alvorlig brudd på lovverket som i verste fall også kan få alvorlige konsekvenser for pasientene/brukerne. Resultat fra undersøkelsen tyder også på at dette kan være et pasientsikkerhetsproblem. Ett av resultatene viste et eksempel på at

oppgaveansvaret ikke ble ivaretatt og at pasientens behov for IP ikke ble meldt videre til kommunehelsetjenesten:

«Det fikk noen konsekvenser. Oppgaveansvaret ble ikke ivaretatt. Det gikk utover pasientsikkerheten».

Endringer i sosiale system kan synes å være en annen mulig faktor til at oppgave- og ansvarsfordeling eller samhandling vedrørende IP- arbeidet fremdeles synes uklart etter Samhandlingsreformen.

Organisasjoner er sosiale systemer og er alltid deler av et større system. Et sykehus eller helsetjenesten i en kommune er eksempler på organisasjoner. Systemer befinner seg alltid innenfor et hierarki av omsluttende system, og det skjer en gjensidig påvirkning mellom disse (Skjørshammer, 2004 s. 43). I dette tilfellet mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenestene kan herav sees på som deler av et stort system, helsetjenestene.

Endring av sosiale systemer, som Samhandlingsreformens intensjoner innebærer, kan skape kaos og uforutsigbarhet (Jacobsen, 2012). Det er kjent at helsetjenestene har ulik oppfatning av Samhandlingsreformens føringer. Noen aktører kan motsette seg endringene som reformen har lagt opp til, mens andre prøver å imøtekomme endringene. I følge Jacobsen kan dette skape en «kamp» som «nesten blir umulig å styre» (Jacobsen, 2012, s. 151). Den gjensidige relasjonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten synes så langt ikke i tilstrekkelig grad å ha vært til stede – noe som i følge systemteori er avgjørende for å tenke helhetlig (Axelsson, 2009 s. 109; Skjørshammer, 2004 s.37). Å ha et helhetssyn på mennesket må omfatte livet i sin helhet og innbefatter det som kalles et holistisk menneskesyn. I en organisatorisk sammenheng handler helhet om «måten de ulike enheter og faggrupper samhandler eller koordinerer sin virksomhet når det gjelder en bestemt funksjon eller oppgave slik at alle nødvendige aspekter ivaretas» (Breimo et al., 2015, s. 36; Breimo 2016).

Berwick (2003) sier at hvert system er perfekt designet for å oppnå `akkurat de resultatene det blir`. Dersom vi ønsker et bedre resultat blir vi nødt til å endre systemet. Hvordan kan et stort system som helsetjenesten endres? I følge Berwick (2003) er det tre forutsetninger som kan hjelpe:

Å innse realitetene, å søke etter nye design, og å involvere alle sammen som utgjør systemet.

Å innse realitetene vil si å identifisere `hullet` mellom dagens praksis og den praksis man ønsker.

Dette handler om kvalitetsforbedring i helsetjenesten og identifisering av kvalitetsproblem (Berwick, 2003; Helsedirektoratet, 2005). Uten kunnskap om kvalitetsproblemet, kan ikke vilje til endring utvikles, og de som utgjør systemet må endre sin felles arbeidsmåte, hevder Berwick (2003).

Holthe (2011) beskriver det samme på en mer detaljert måte, når han sier at man må *endre* kapasiteten i organisasjonen for å kunne implementere en intervensjon – i dette tilfelle er intervensjonen implementering av prosedyre for IP. Kapasitet « ...kan forstås som ferdigheter, motivasjon, kunnskap, holdninger som er nødvendige for å implementere intervensjoner som eksisterer på individ, -organisasjons- og samfunnsnivå» (Holthe, 2011 s. 313). Resultater i undersøkelsen samsvarer med dette, da informantene erfarte at i de tilfellene forpliktende samarbeidsmøter og koordinator som forstår sin rolle ble brukt, fungerte koordineringen av tjenestene for pasientene/brukerne. Viser til gullsitat hentet fra resultatkapittelet, «**forpliktende samarbeidsmøter og koordinator som forstår sin rolle er ofte tilstrekkelig**».

Imidlertid er det viktig å påpeke at kunnskap om pasientenes rett til IP er vesentlig i dette:

Selv om behovet for koordinering er det sentrale underliggende hensynet, er det ikke grunnlag for å avslå utarbeidelse av individuell plan med den begrunnelsen at tjenestene koordineres på annen måte. Dersom det er et behov for langvarige og koordinerte tjenester, så har pasienten/brukeren et rettskrav på individuell plan. (Kjellevold, 2014 s. 280)

Vil det så være tilstrekkelig å endre kapasiteten? Eller kan det tenkes at endringer også ikke er godt nok planlagte? Dette finns det belegg for hos Jacobsen (2012) som hevder at det kun er mulig å gjøre endringer i organisasjoner dersom endringsprosessen er planlagt og blir styrt. Imidlertid kan holdninger eller kulturen i en organisasjon – for eksempel `vi gjør som vi alltid har gjort` - være så dominerende at endringsprosesser uansett blir vanskelige (Breimo et al., 2015). Eller som Sandvoll (2012) fant i sin studie; det at sykepleiepraksisen var så dypt forankret medførte at det var svært krevende å implementere nye retningslinjer. Resultatene i min studie viser at implementering av prosedyren for IP var vanskelig fordi de nye føringene i lovverket ikke hadde` satt seg` enda.

Som en av informantene sa det:

«Tror det har gått såpass kort tid siden de nye føringene kom at de ikke har satt seg enda».

Da er det betimelig å spørre seg om hvor lang tid etter innføring av nytt lovverk kan man forvente at endringer skjer i praksis? Resultatene fra denne undersøkelsen forelå fire år etter innføring av Samhandlingsreformen og endringer i lovverket, og etter min mening burde dette være god nok tid til å utføre nødvendige endringer av praksis. Spesielt også siden Samhandlingsreformen forelå i 2008 og omtalte de endringene som ville være gjeldende fra 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009 Kapittel 5.4.2.1; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 7-1; Specialisthelsetjenesteloven, 1999 § 2-5). «At mennesker vil ha ting som de alltid har vært», hevder imidlertid Klev er feil (Klev, 2009 s.

153). Mennesker ønsker endringer dersom de selv kan medvirke i endringsprosessene og forstår hensikten eller resultatet med endringene. Følgelig handler dette mye om planlegging av endringer.

En måte å planlegge endringer på kan være å *kartlegge* kapasiteten i organisasjonen før man går i gang med implementeringsprosessen. Det vi si i hvilken grad organisasjonen og utførerne er kompetente og klar for å starte implementeringen. Dette omtales ofte som «organisasjoners og individers `readiness`» (Holthe, 2011 s. 314). At organisasjonen må være klare for endring før man kan implementere et nytt verktøy som IP, viser også Holum (2012b) til – i tilknytning til sine funn – der erfaringer fra ledere tilsa at det var ulike reaksjoner blant personalet på implementering av IP-verktøyet i praksis. Reaksjonene dreide seg om både glede, sinne, dårlig samvittighet og stress. «When there is a decision in the organisation about implementing a new tool (like IP) and the organisational readiness for change is clarified, then the process of internal practical work can start » (Holum, 2012b, s. 8).

I lys av organisasjonsteori synes utfordringen igjen å være at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke utgjør ett helhetlig system som planlegger sammen, noe som er en av intensjonene i Samhandlingsreformen. Her blir dialog mellom partene for å finne frem til samarbeidsformer løftet frem som en avgjørende faktor for å lykkes med koordineringsutfordringene mellom helsetjenestenivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 111). En undersøkelse gjort av Kunnskapscenteret for helsetjenesten om bruk av IP, viste også at god relasjon og samhandling mellom partene var ett av de viktigste momentene for å lykkes i arbeidet med IP (Bakke, 2009b). I Humerfelt (2012 s. 22 og 176-177) sin forskning om brukermedvirkning i arbeid med individuell plan, er også det relasjonelle aspektet mellom bruker og helse- og sosialarbeideren omtalt som avgjørende både på individ og systemnivå. I resultat fra min undersøkelse ble dialogen og det å planlegge sammen også trukket frem som vesentlige faktorer for samhandling:

«Om de snakker sammen de som er rundt brukeren, fungerer det bra».

«Man blir ofte enige i samarbeidsmøter, og det blir referatført... det blir delt opp hvem som skal gjøre hva».

Som følge av Samhandlingsreformen på dette området, ble lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innført i 2012 (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011 §§ 6-1 og 6-2; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 2-1e; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Prosedyren for IP i sykehuset referer til samarbeidsavtaler mellom sykehuset og kommunene når det gjelder hvem som skal ha ansvar for hva i IP- arbeidet. Spørsmålet man da kan

stille, er om disse samarbeidsavtalene i stor nok grad har tatt høyde for en felles og riktig endringsstrategi for å løse føringene i Samhandlingsreformen for personer med en IP. Jacobsen (2012) definerer endring som en «avgrenset prosess med start og sluttspunkt» i likhet med et prosjekt (Jacobsen, 2012, s. 151). Kan det tenkes at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten mangler en felles analyse av helhetssituasjonen for personer med behov for habilitering, rehabilitering eller IP, som igjen medfører uklare målsetninger og manglende felles løsninger for å kunne dele oppgaver og ansvar for disse brukergruppene? I følge Jacobsen (2012) er dette et avgjørende element i en endringsprosess *før* endringer blir iverksatt. Dette er også i tråd med Berwick (2003) som sier at helsevesenet i seg selv er et gjensidig avhengighetssystem. Helsepersonell trenger å jobbe med forbedringer sammen. De er et team, enten de vet det eller ikke (Berwick, 2003 fritt oversatt).

At helsepersonell trenger å ha felles forståelse av hva som er et godt pasientforløp for den enkelte pasientgruppe fremheves også som vesentlig i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 48-53). Det ser imidlertid ut til at dette er lite ivare tatt i følge resultater i min studie der det kom frem at to forskjellige arbeidsgivere (kommune- og spesialisthelsetjenesten) opplevdes som en hindring i forhold til samhandling og bruk av prosedyren for IP. Og videre kom det frem at spesialisthelsetjenesten ikke skal love noe på vegne av kommunen for ikke å skape noen forventninger hos brukeren. Da er det på sin plass mener jeg, å minne om at IP er en pasientrettighet og følgelig har de krav på å ha forventninger til tjenesteapparatet om å få innfridd denne rettigheten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001 § 2-5). Videre ble det understreket av en av informantene at de som jobber med IP i kommunehelsetjenesten nok også sliter med å få forståelse for viktighetene av dette arbeidet.

«... men de har mange kommuner og mange, mange folk og store system og mye å ta seg av. Og de sliter nok med å få forståelse for dette arbeidet der og...»

Det er pasientens helsetjeneste som er det uttalte målet til regjeringen, noe som betyr å sette pasientens behov i sentrum for behandlingen (Pressemelding, 2014). I oppdragsdokumentene fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene for 2017 heter det:

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester

også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017 s. 2).

At helsepersonell har to forskjellige arbeidsgivere, at spesialisthelsetjenesten ikke skal love noe på vegne av kommunehelsetjenesten, og at kommunehelsetjenesten er et stort system bestående av mange folk, er etter min oppfatning å forstå som vikarierende argumenter for at lederne av habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger i sykehuset ikke innfører bruk av prosedyre for IP. Dette bør uansett ikke styre pasientens/brukerens rett til en IP.

Det har blitt gjennomført årlige undersøkelser siden 2011 om pasienters erfaringer med døgnopphold på norske somatiske sykehus hvor samhandling er en av indikatorene. Undersøkelsen i 2015 viste at samhandlingsindikatoren ikke er signifikant forbedret siden 2011 (Holmboe, 2016). Noe av årsaken til manglende samhandling på tvers av tjenestenivåene, kan ligge i den tradisjonelle oppfatningen som den vestlige kulturen har av hvordan problemløsning og kunnskapsoppbygging generelt skjer. Spesialisering og oppdeling av kunnskapsområder har blitt vektlagt (Axelsson, 2009; Skjørshammer, 2004). Spesialisthelsetjenesten er for eksempel «søyleorganisert» med de ulike spesialavdelingene og den medisinske referanserammen som hovedfokus. Dette medfører store utfordringer i forhold til både å tenke og utføre helhetlige behandlingsforløp for pasienter som trenger habilitering eller rehabilitering på tvers av tjenestenivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009 s.111-113). Det er også nærliggende å tenke at de ulike profesjoner kan oppleve at ansvaret ikke tilfaller dem og dermed definerer seg ut av forløpet. Eller de kan mene at det er deres ansvar alene når det ikke er det, og dermed unngår å koble inn andre selv om det er behov for det. Dersom man istedenfor hadde definert kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som systemiske organisasjoner med tydelig felles formål om hvordan de kunne ivareta personer med behov for habilitering eller rehabilitering, kan man anta at oppgave- og ansvarsfordelingen ville gått lettere. Sett i lys av dette, kan funnet om at to forskjellige arbeidsgivere (kommune- og spesialisthelsetjenesten) oppleves som en hindring i forhold til samhandling og bruk av prosedyren for IP som en av informantene erfarte:

«det er vanskelig for oss å skape noe.. eh..det er to forskjellige arbeidsgivere og (tenkepause) at vi da blir sett på som å pålegge de noe de mener at vi ikke har myndighet til. Det er et skjæringspunkt og til hinder».

Dette underbygger Jacobsen som sier «delene må fungere sammen for at tjenesten skal bli helhetlig» (Jacobsen, 2004, s. 76). Resultater fra undersøkelsen viser at forpliktende samarbeidsmøter og

koordinator som forstår sin rolle var viktige faktorer som informantene erfarte for å få til god koordinering av pasientens tjenester. Tidligere forskning av Breimo et al. (2015) viser også at koordinatoren var viktig for brukerne, selv om koordinatrollen kunne synes uklar eller at det varierte hvordan den ble utført (Breimo et al., 2015, s. 99-121).

Organisatorisk kvalitet omfatter effektiv og hensiktsmessig tilretteleggelse av helsetjenesten og rasjonell ressursutnyttelse. Koordinering av og kontinuitet i pasientforløp er sentrale element i dette begrepet, både i forhold til det tverrprofesjonelle og til det tverrsektorielle samarbeidet (Randrup Krog, 2011). Tverrprofesjonelt samarbeid forklarer Axelsson slik: «Et samarbeid på tvers av profesjongrensene, det vil si et samarbeid mellom ulike yrkesgrupper» (Axelsson, 2009 s. 104). Tverrsektorielt samarbeid forstås slik. «Et samarbeid mellom ulike samfunnssektorer. For eksempel mellom helsesektoren og sosialsektoren» (Axelsson, 2009 s. 104). Bruk av IP skal – som beskrevet i innledningen – sikre at tjenestemottakeren når sine mål, at tjenestetilbudet er forutsigbart, planlagt, koordinert og preget av kontinuitet (Helsedirektoratet, 2015; Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Bruk av prosedyre for IP – skal som tidligere beskrevet – sikre at pasienter med behov for det, får tilbud om IP når de er til behandling i sykehuset (Boge et al., 2016).

At hver profesjon har sin egen `spesialitet`, og at ansvaret for å spørre pasienten om IP ikke er delegert til en enkelt profesjon, kom frem av resultatene i studien som hemmende for implementeringen av prosedyren i sykehusavdelingen, noe følgende gullsitat viste: **«Hvem skal spørre om IP i det tverrfaglige teamet?»**

Det er interessant å drøfte dette nærmere. Det er nærliggende å tenke at den økte spesialiseringen og profesjonaliseringen (flere og flere yrkesgrupper) i velferdstjenesten – herunder i sykehusene – medfører økt fragmentering av de ulike profesjoners tilbud. Imidlertid kreves tverrprofesjonelt samarbeid for å forstå pasienters komplekse behov. Det er videre kjent at felles målsetning er viktig innenfor habilitering og rehabilitering, noe som også definisjonen fastslår (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011 § 3). Kvaliteten ligger i systemet og de som utgjør systemet må ha felles målsetning hevder Berwick (2003).

Dette synes imidlertid utfordrende dersom vi legger til grunn Axelsson (2009) sitt synspunkt om at revirtenkningen er dominerende også for den enkelte profesjon innad i en organisasjon, knyttet til denne undersøkelsen ved en habiliterings- eller rehabiliteringsavdeling i et sykehus. Revirtenkningen kan medføre en alvorlig barriere for det tverrprofesjonelle samarbeidet, da det innbefatter at man «forsvarer sine yrkesroller, kunnskaper og tilnæringsmåter overfor hverandre» (Axelsson, 2009 s.105). Når det ikke er nedfelt i prosedyren eller delegert ansvar til én profesjon å følge opp IP

arbeidet – herunder å følge prosedyren – kan man slutte at prosedyren ikke blir brukt. De ulike profesjonene må herav kunne se utover sitt eget spesialfelt eller oppheve sitt `profesjonelle revir` for å kunne jobbe tverrprofesjonelt, i dette tilfelle for at prosedyren for IP skal bli brukt. Pasientens behov for IP må være i fokus, og profesjonsutøveren må dermed sette egne interesser i bakgrunnen. Å kunne vurdere sin egen kompetanse i relasjon til pasientens behov og andre aktører som er rundt pasienten, vil være det avgjørende. Da er man tilbake til det å kunne se sin rolle som profesjonsutøver i et helhetsperspektiv. Å være villig til å innta en slik holdning kalles for altruisme i følge Krebs og Miller 1985 (referert i Axelsson, 2009). Dette er også i tråd med definisjonen på habilitering og rehabilitering, der samhandling mellom aktørene er grunnleggende for å kunne imøtekomme pasientens egne behov (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011 § 3). Å se utover sitt eget `revir` kan også relateres til å utforske sin egen identitet som profesjonsutøver for å identifisere om eventuelle barrierer for samhandling med andre profesjoner kan ligge her (Wackerhausen, 2009).

Helsepersonellens holdninger eller villighet til å utføre oppgaver – i dette tilfelle å bruke en ny prosedyre for IP – kan handle om verdier (Klev, 2009). Det er kjent at yrkesetikk handler om det verdimessige grunnlaget for profesjonsutøveren, og at de yrkesetiske retningslinjene for de ulike profesjonene skal styre det daglige arbeidet med pasientene for hvordan man skal opptre, for plikten til å gi tilpasset informasjon til pasientene, og for sikre seg om at informasjonen er forstått. Helsepersonelloven setter krav til faglig forsvarlighet av arbeidet. Her fremgår også helsepersonells plikt til å delta i arbeidet med IP (Helsepersonelloven, 1999 § 4). Videre plikter helsepersonell å melde fra om pasienters behov for IP til KE i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2013 s. 24; Helsepersonelloven, 1999 § 38a). Det enkelte helsepersonell har dermed et yrkesetisk ansvar og lovmessig ansvar å sørge for at pasienter som har behov for en IP når de er til behandling i sykehuset, tilbys det. At holdninger kan hemme implementering av prosedyre for IP, finner jeg belegg for hos Holum (2012b) der flere av informantene (ledere) erfarte at det var negative holdninger blant personalet til IP-verktøyet og innføring av nye prosedyrer generelt. Kulturen i organisasjonen ser dermed ut til å ha stor betydning for hvor godt implementeringsprosessen går (Holum, 2012b).

Å ha samarbeidsferdigheter hevder også Alve (2013) er viktig for å være pasient/brukersentrert: «The professional must have collaborative skills to be client centred» (Alve, 2013 s. 166).

I sin forskning fant hun også dårlig samarbeidskultur omkring IP som en kulturell barriere.

Hun beskriver `kulturell barriere` som «hvordan tjenesteytneres oppførsel former forskjellige samarbeidsstrategier i praksis» (Alve, 2013 s.168, fritt oversatt). I følge Breimo et al (2015 s.21) er en

holdningsendring blant tjenesteyterne en forutsetning for å få individuell plan til å fungere. En sentral faktor ved implementering av helsefremmende intervensjoner og politikk, er også i følge Holthe (2011) knyttet til utførernes holdninger og motivasjon til det som skal implementeres.

Et annet aspekt som kom frem i resultatene var at prosedyren ikke ble brukt fordi det ikke fikk noen konsekvenser for driften at den ikke ble brukt. Dette fordi ledelsen ikke hadde fokus på implementering av den. Viser til gullsitatene:

«At prosedyren for IP ikke blir brukt blir ikke oppdaget, fordi det får ingen konsekvenser for driften». «Hvis klinikkdirektørene var interessert i tall på IP, så hadde det blitt et tema på ledermøte».

Med utgangspunkt i Grol (2005) sin definisjon på implementering som «en planlagt prosess og systematisk introduksjon av innovasjon og/eller forandringer» (Grol, 2005, s. 11 direkte oversatt), er det interessant å se nærmere på dette resultatet sett i lys av hva som påvirker implementeringsprosesser for ledere i sykehus, i dette tilfellet ledere av habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger.

Implementeringslitteratur beskriver to ulike tradisjoner for implementering. Disse er en «ovenfra og ned strategi (top- down strategy) og en nedenfra og opp strategi (bottom-up-strategi)» (Fosse 1999; Hill & Hupe 2002; Laverack 2004, sitert i Holthe, 2011).

Ut fra en top-down strategi har toppledelsen i sykehuset den formelle rollen i form av makt og myndighet. Hvilke prioriteringer ledere nedover i organisasjonen (sykehusavdelingene) skal gjøre, blir styrt av målsetninger fra toppledelsen. Toppleder er derfor sentral i informasjonsflyten (Holthe, 2011; Jacobsen, 2012). Det er vanlig praksis at oppgaver som skal bli prioritert utført nedover i organisasjonen, må blir tydelig kommunisert fra toppledelsen. Kultur og tradisjoner tilsier også at `top-down` strategien har vært og er styrende (Holthe, 2011). I dette tilfellet er sykehuset organisasjonen, og ledere på et hvilket som helst nivå forholder seg til det som toppledelsen beslutter. Av dette kan man slutte at dersom toppledelsen ikke har fokus på prosedyren for IP, og det dermed ikke blir tydelig formidlet fra toppledelsen til ledere – i dette tilfelle ledere av habiliterings- eller rehabiliteringsavdelinger – at prosedyre for IP skal implementeres, så er det grunn til å tro at implementeringsprosessen uteblir eller i beste fall går svært sent. Dette fordi man i en travelt sykehushverdag prioriterer de oppgavene som blir etterspurt fra toppledelsen, noe resultatet fra denne studien tilsier. Resultatet samsvarer med tidligere forskning som sier at manglende forankring i ledelsen er en medvirkende faktor til at IP verktøyet som sådan ikke blir implementert i praksis (Bjerkan et al., 2011; J. Breimo et al., 2015; Sægrov, 2012).

Hva er det så som styrer toppledelsen i et sykehus sine prioriteringer? På den ene siden kan man fortsatt besvare det ut fra en `top-down` strategi, der toppledelsen skal svare ut myndighetenes sykehuspolitikk, vedtak og beslutninger som er fattet gjennom lovverk og andre sentrale føringer (Holthe, 2011). Påleggene til sykehusene er nedfelt i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene (RHF) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det antas kjent at det enkelte RHF igjen gir oppdrag til det enkelte helseforetak (HF/sykehus). Det er fakta at overordnede mål for sykehusene har etter Samhandlingsreformen i flere år vært å gi habiliterings- og rehabiliteringspasienter helhetlige og koordinerte tjenester, og at det skal etableres godt samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten innen dette fagområdet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Som tidligere beskrevet er IP et verktøy som nettopp skal bidra til at målet om helhetlige og koordinerte tjenester oppfylles. At toppledelsen da ikke prioriterer å få iverksatt prosedyren for IP, kan dermed synes underlig.

På den annen side kan man se på resultatet «*ledelsen har ikke fokus på prosedyren*» med andre øyne. En toppler skal ha overordnet oversikt og ser på organisasjonen i et helhetsperspektiv. Han/hun har herav nødvendigvis ikke fullstendig kjennskap og kunnskap om detaljer knyttet til behandling i den enkelte sykehusavdeling. I dette tilfelle dreier det seg om kunnskap om IP-verktøyet. Ledere på et lavere nivå i sykehuset søker på sin side gjerne spesifikk informasjon fra toppledelsen knyttet til enkeltoppgaver som angår `sine pasienter`, eksempelvis at bruk av prosedyren for IP eksplisitt blir uttalt som et målkrav fra toppledelsen. Dette finner jeg belegg for hos Jacobsen (2012 s. 156-157).

Sett i lys av en `bottom-up` strategi, vil intervensjonen – som i dette tilfellet er implementering av prosedyre for IP – kunne bli påvirket nedenfra. Toppledelsen er avhengig av å få informasjon fra alle avdelinger – i denne studien avdelinger i sykehuset – for å få oversikt over styrker og svakheter (Jacobsen, 2012). Man kunne herav tenke at ledere av habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger som forventes å ha kunnskap om IP-verktøyet, kunne ha påvirket sine ledere oppover i systemet ved eksempelvis fremsnakke IP-prosedyren og vise til pasienters nytteverdi av å få en IP istedenfor å forvente at toppledelsen skal pålegge dem den spesifikke arbeidsoppgaven å implementere prosedyren. Ut fra den selvstendige plikten helsepersonell har til å delta i arbeidet med IP og å melde behov for IP, burde de implementert prosedyren (Helsepersonelloven 1999, §§ 4 og 38a). De kunne helt klart også implementert prosedyren på bakgrunn av sin fagkunnskap og erfaring med bruk av IP som verktøy og i kraft av sin rolle som leder, og dermed bidratt til å nå det overordnede målet

om å gi pasientene helhetlige og koordinerte tjenester. En kombinasjon av disse to strategiene ville således kunne bidratt til bedre implementering av prosedyren for IP, som igjen ville ivareta habiliterings- og rehabiliteringspasientenes behov for IP på en bedre måte. Dette er i tråd med slik jeg oppfatter Holthe (2011) sin beskrivelse av strategiene, og når han sier «ved å kombinere de to strategiene vil en sikre faglig fundament for implementeringen og kunne ivareta brukernes perspektiver og sikre deltakelse» (Holthe 2011, s. 309). På denne måten kunne implementering av prosedyren for IP blitt en prioritert oppgave for lederne, noe som også tre av informantene i studien pekte på som en viktig fremmede faktor. Det ble påpekt at lederne på avdelingsnivå var ansvarlige for implementeringen i sin avdeling, og at de burde legge en strategi for hvordan de ville få det til i praksis. Viser her til gullsitat: **«Jeg er ansvarlig for implementeringen».**

Dette funnet kan sees i sammenheng med det neste – at tre av informantene mente at **«internundervisning, personalmøter, medarbeidersamtaler, sjekklister og brosjyre»** ville fremme implementering av prosedyren for IP i avdelingen. Disse to funnene samsvarer med tidligere forskning som sier at det er et lederansvar å implementere IP (Bjerkan et al., 2011; Breimo et al., 2015; Sægrov, 2012). Behov for at ledere må være støttende til bruk av IP som verktøy og holde tak i temaet fant også Holum(2012b): «...the managers have to hold on to this theme, to give it extra attention until it has been implemented and a matter of course» (Holum, 2012b s.9). Å ha IP oppe i fellesmøter med personalgruppen var den hyppigste implementeringsmetoden som ble nevnt i hennes studie: «To have IP as a regular theme at staffmeetings and clinical meetings was the most frequent implementation routine mentioned» (Holum, 2012b s. 8). For å lykkes med implementering viser Holthe (2011) til at organisasjonen som skal gjennomføre implementeringen trenger støtte som for eksempel kan dreie seg om opplæring.

I motsetning til resultatet om at det ikke vil få noen konsekvenser for driften at prosedyren for IP ikke blir brukt, viser et annet gullsitat at **«det fikk noen konsekvenser. Oppgaveansvaret ble ikke ivaretatt. Det gikk utover pasientsikkerheten».**

I dette resultatet er fokuset pasientsikkerhet, og det ble løftet frem som en fremmede faktor for at prosedyren skulle bli brukt. Pasientsikkerhet er helt sentralt for myndighetene. Det har i flere år blitt lagt frem stortingsmeldinger om kvalitet og pasientsikkerhet for å «skape pasientens helsetjeneste» (Pressemelding, 2014). Regjeringen fremhever at det er viktig å skape lærende organisasjoner for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. Et virkemiddel for å utvikle lærende organisasjoner er å bruke avvikssystem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a s. 5-6). Resultater i min studie viste at avvik ikke ble meldt. Ingen av informantene oppgav at de hadde innført avviksmelding dersom prosedyren

for IP ikke ble fulgt. Grunnene til at avvik ikke ble meldt varierte, men for de fleste handlet det om at det ikke var `tenkt på` som dette gullsitatet beskriver: **«Å melde avvik i forhold til IP rutinen har vi ikke tenkt på».**

Avviksmeldinger ble imidlertid brukt når andre viktigere prosedyrer ikke ble fulgt, som for eksempel prosedyren for brannvern. Dette fordi det kunne få fatale konsekvenser dersom *den* ikke ble brukt. Samtidig hadde en av informantene altså erfart at det fikk konsekvenser for pasientsikkerheten at prosedyren for IP ikke ble fulgt. Herav kan man slutte at å innføre avviksmelding kunne vært en fremmede faktor for å bruke prosedyren for IP. Som en av informantene sa: *«Avvik internt har vi ikke tenkt på, men det kunne selvfølgelig også vært en konsekvens som kunne vært ført til noe».*

At avviksmeldinger for IP-prosedyren ikke `har blitt tenkt på`, er det betimelig å reflektere litt over. Sett i lys av drøftingen i de forrige avsnittene om `top-down` strategien, kan det på den ene siden synes rimelig at avviksmelding ikke er innført. På den annen side er det strenge føringer for å bidra til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet som den enkelte leder har ansvar for å følge. Å innføre avvikssystem har som mål å øke pasientsikkerhet ved å lære av sine feil og dermed fremme en kultur for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, her har ledere et særskilt ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Internkontrollforskrift har regulert pasientsikkerhet tidligere, og denne er fra 1.1.2017 erstattet med Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Her fremgår blant annet krav om å ha oversikt over «avvik herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen...» (Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring, 2017 § 6 g). Implisitt; dersom innhold i prosedyren for IP ikke blir fulgt, noe som fører til at pasienter som har behov for IP ikke tilbys det, da overholdes ikke lovverket knyttet til IP og avviksmelding burde vært registrert.

En annen hemmende faktor for bruk av prosedyren som fremkom i studien, var knyttet til manglende elektroniske løsninger for arbeidet med IP. Dette viser gullsitatet:

«Elektronisk IP som den er nå, er til hinder for deltakelse fra spesialisthelsetjenesten».

Flere og flere kommuner har innført elektronisk IP (Breimo et al., 2015). Resultatet i min studie har sammenheng med pasientjournalloven § 9 som omtaler samarbeid vedrørende behandlingsrettede helseregistre. Her fremkommer at det kan etableres samarbeid om felles IP mellom ulike virksomheter, for eksempel mellom kommuner og sykehus som i dette tilfelle. Imidlertid sier den samme paragrafen at det for en virksomhet (for eksempel sykehuset) ikke er tillatt å registrere

samme pasientopplysninger i flere system, altså både i virksomhetens elektroniske pasientjournalssystem og i en elektronisk IP. Dersom man ønsker et slikt samarbeid om elektronisk IP kan det løses ved at aktuell kommune og aktuelt sykehus inngår skriftlige avtaler om hvordan samarbeidet skal foregå. Her er det strenge krav til innholdet i forhold til en beskrivelse av hvordan man skal ivareta pasienten/brukerens rettigheter og hvordan opplysningene om pasientene/brukeren skal behandles og sikres, og at det i tilfelle må opprettes en databehandlingsansvarlig. Det må også inngås en avtale for hver IP som opprettes.

Et annet moment som vil styre et slikt elektronisk samarbeid om IP, er at det kun kan samarbeides om helsetjenester. Dette fremgår av § 8 i samme lov (Helsedirektoratet, 2015 kapittel om individuell plan og koordinator; Pasientjournalloven, 2015 §§ 8 - 9). De pasienter/brukere som trenger en IP, trenger ofte tjenester fra flere aktører enn fra helsetjenestene, eksempelvis fra utdanning, NAV og/eller oppvekstsektoren. Det er et felles verktøy som skal brukes på tvers av sektorer og fagområder slik at for eksempel individuell rehabiliteringsplan, opptreningsplan eller individuell opplæringsplan i skolen (IOP) kan inngå i en overordnet IP (Breimo et al., 2015 s. 28; Helsedirektoratet, 2015 kapittel om individuell plan og koordinator; Kjellevold, 2014 kapittel 3.1). Herav kan man slutte at muligheten som ligger i pasientjournalloven for en felles elektronisk IP mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, på langt nær er en god nok løsning. Dermed er det på sett og vis forståelig at en fremgangsmåte som beskrevet over, kan oppleves tungvint og som en kompliserende faktor i forhold til samarbeid om IP mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. På den annen side kan det synes litt søkt at man ikke bruker *prosedyren* for IP i sykehuset på grunn av dette, da denne refererer til plikten spesialisthelsetjenesten har i følge spesialisthelsetjenesteloven § 2 -5 til å sørge for at arbeidet med IP settes i gang, om ansvar og oppgavefordeling og samarbeidsmøter, mer enn til samhandlingen om å bruke eller skrive inn i selve IP-verktøyet (Boge et al., 2016; Helsedirektoratet, 2013, 2015; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Selve bruken av elektronisk IP kan synes å være av mindre betydning fordi det er pasienten/brukeren som eier planen og følgelig selv kan beslutte om den skal være elektronisk eller i papirutgave (Alve, 2013 s. 160; Breimo, 2016 s. 67; Fylkesmannen, 2012).

Fra pasienten/brukerens perspektiv kan det hende at brukeren er engstelig for å bli mer isolert ved ikke å ha fysiske samarbeidsmøter med de som skal yte tjenester til vedkommende og derfor ønsker en papirutgave istedenfor elektronisk utgave. Dette finner jeg belegg for hos Bjerkan, Vatne & Hollingen (2014) som også konkluderte i sin forskning med at elektronisk IP kan være mer hensiktsmessig for noen enn for andre brukergrupper. Elektronisk IP ble innført blant annet med tanke på å «styrke brukermedvirkningen ved at brukeren selv enklere kunne gå inn og gjøre

endringer i sin individuelle plan». « For de pasienter/ brukere som er i stand til det, skriver de også selv inn i planen» (Breimo et al., 2015 s. 135; Breimo, 2016 s. 67). For de pasientene/brukere som derimot ikke er i stand til det eller selv ikke ønsker å skrive inn i planen, men som likevel ønsker at de ulike aktørene som er involvert i behandlingen skal skrive inn i planen, synes resultatet som sier at spesialisthelsetjenesten kunne deltatt på en hensiktsmessig måte dersom de kunne skrive inn i verktøyet, forståelig. Viser til sitat hentet fra resultatkapittelet:

« Hvis vi kan få anledning til å skrive inn i verktøyet, da kunne vi deltatt på en mer hensiktsmessig måte».

I tillegg til resultatene om elektronisk IP og EPJ, kom det frem et annet aspekt som ble påpekt som en fremmede faktor for implementering av prosedyre for IP, nemlig forslag om at alle pasienter som det ikke var tatt stilling til, burde kommet opp på en liste i EPJ systemet. Viser her til følgende gullsitat: **«Elektronisk IP for spesialisthelsetjenesten hadde vært hensiktsmessig og alle pasienter det ikke var tatt stilling til, bør komme opp på en liste i EPJ».**

Siste del av dette resultatet har sammenheng med at spesialisthelsetjenesten på eget initiativ vurderer pasienters behov for IP. Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator slår fast dette: «Helseforetaket skal på eget initiativ vurdere om en pasient har rett til individuell plan og gjøre nødvendige tiltak for å sikre at pasienten får oppfylt sine rettigheter» (Helsedirektoratet, 2015, Kapittel om kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for IP). Videre skal behovet for IP dokumenteres i journal (Helsedirektoratet, 2013, 2015, i kapittel Individuell plan og koordinator). Slik jeg tolket resultatet, mente informanten at det var lett å glemme å snakke med pasientene om IP og dermed også lett å glemme dokumenteringen. Siste setning i følgende sitat hentet fra resultatkapittelet underbygger dette: *«Kanskje om alle pasienter det ikke var tatt stilling til kom opp på en liste i EPJ systemet. Da fikk vi det med en gang».*

At dokumenteringskravet likevel synes å være en fremmede faktor for implementering av prosedyren for IP, viser imidlertid dette gullsitatet som to av fire informanter oppgav:

«IP skal dokumenteres. Vi har for dårlige registreringstall på IP».

Dette resultatet underbygger også at ledere av habilitering og rehabiliteringsavdelinger i dette sykehuset er kjent med dokumenteringskravet. Årsaken til at man har for dårlige registreringstall for IP synes ut fra neste gullsitat å kunne ha sammenheng med to faktorer:

«Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten opplever at det er mye som skal skje på kort tid, og at registrering for IP anses som komplisert».

Dette sitatet beveger meg over på tidsfaktor som en hemmer for implementering av prosedyren for IP. I en travel sykehushverdag kan det synes forståelig at prosedyren for IP ikke blir implementert av lederne fordi de skal huske på så mye, noe som tre av informantene pekte på. Tidligere forskning viser også til tidsfaktoren som hemmende for implementering av selve IP- verktøyet i praksis (Holum, 2012b; Sægrov, 2012). Holum (2012b) fant at mangel på tid var en hyppig nevnt årsak til at IP ikke ble brukt. Å bruke selve verktøyet ble oppfattet som tidkrevende: «Time was a frequently-mentioned topic in most settings because the managers found IP to be very time-consuming» (Holum, 2012b s.7). Sægrov påpekte i sin forskning at det var viktig at «alle på arbeidsplassen har ansvar for at den som presenterer IP for pasienten kan føle seg trygg utifrå kunnskap og aksept på at dette er ei arbeidsoppgåve som tek tid...» (Sægrov, 2012 s. 29).

En av årsakene til at implementering av IP-prosedyren ikke fikk prioritet, var at det ble lett glemt fordi man som leder hele tiden må forholde seg til nye krav som kommer. Følgende sitat hentet fra resultatkapittelet bekrefter dette: «...for det kommer hele veien nye ting, det som har vært lenge blir lett glemt for det kommer nye ting». Dette resultatet samsvarer også med Holum (2012b s. 7) sitt funn om at stadig nye instruksjoner som må følges for ledere er en hemmer for implementering av IP-verktøyet. Med denne holdningen er det stor sannsynlighet for at pasienter/brukere som har behov for en IP ikke får det når de er til behandling i sykehuset. Plikten sykehuset har om å tilby, utarbeide og medvirke i IP for pasienter som er til behandling i sykehuset blir dermed ikke ivaretatt, og pasientens rettighet til en IP blir dermed heller ikke ivaretatt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001 § 2-5 ; Psykiskhelsevernloven, 1999 § 4-1; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 2 -5)

Videre viser gullsitatet «**Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten opplever at det er mye som skal skje på kort tid, og at registrering for IP anses som komplisert**» at registreringsmåten for IP i journalsystemet ble ansett for å være komplisert og dermed en hemmer for implementering av prosedyren for IP. Om intervensjoner og politikk blir iverksatt er i følge Holthe avhengig av at brukerne (i dette tilfelle personalet) må oppfatte den som «nyttig, den må være forenlig med eksisterende praksis, synlig for andre og lite kompleks» (Holthe, 2011 s. 311).

Holum (2012b s.7) fant tilsvarende funn i sin forskning der nesten halvparten av de 22 lederne som var med i studien erfarte at byråkratisering av IP var problematisk eller demotiverende for implementering av verktøyet i praksis. I hennes studie refereres det til helsemyndighetenes fokus på antall planer istedenfor å etterspørre kvalitet på IP arbeidet. Gjennom det nasjonale IKT prosjektet «Èn innbygger – èn journal», er det imidlertid et håp om at det blir enklere og felles IKT- løsninger for spesialist- og kommunehelsetjenesten som også vil bidra til enklere dokumentering for IP

(Direktoratet for e-helse, 2017). Og så får vi håpe at utviklingen av en slik ny IKT løsning ikke tar for lang tid, som tidligere erfaringer med utvikling og implementering av nye IKT verktøy har vist, i følge Aanestad (2012 s. 169 - 171).

Imidlertid kan man spørre seg om ikke pasientens behov for IP – mer enn registreringsmåten – bør være styrende for implementering av prosedyren. En av årsakene til at behovet for IP ikke registreres godt nok, kan være det som to av informantene pekte på. Viser her til følgende gullsitat:

«Det er manglende erfaring med at IP er et viktig samhandlingsverktøy».

Mangel på kunnskap og erfaring med IP er også omtalt i tidligere forskning. I Sægrov (2015) sin studie var ett av funnene at manglende kompetanse om IP verktøyet blant kreftsykepleiere i kommunehelsetjenesten, var en av faktorene for at IP ikke var tatt mer i bruk for kreftpasienter. Her ble opplæring i IP brukt for å øke antall IP`er. I studien til Holum (2012b s. 8) kom det frem at to klinikker hadde kurs for alle ansatte. Blant flere av de intervjuede lederne var trening i bruk av IP-verktøyet og å lære av reelle situasjoner avgjørende for implementering av verktøyet. Hvorfor er det slik at – i følge et annet funn i studien – når det gjelder implementering av prosedyren for IP så er **«det nok enkelte som brenner mer enn andre»?**

Det er nærliggende å tenke at de som `brenner for` implementering av prosedyren kanskje har mer kunnskap og erfaring med IP-verktøyet, eller kanskje de har fått opplæring i det? I følge Holum (2012b) sine funn var det de lederne som var mest entusiastiske – og som trodde på IP som et godt verktøy – som brukte det mest. Sett fra et brukerperspektiv bør en slik tilfeldighet ikke aksepteres. Pasientens helsetjeneste er målet for helsemyndighetene, og det er betimelig å spørre hvordan det kan bli gitt et likeverdig tilbud om IP ved den praksis som disse to resultatene viser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, 2016b). Dette leder meg over på neste gullsitat som kom frem i resultatene: **«På vårt område er det viktig å alliere seg med brukerne, altså kunden».**

En faktor som alle informantene pekte på for å få implementert prosedyren, var behov for eksempler på hvordan IP-verktøyet brukes i praksis og kunnskap om hvilken nytteverdi det har for pasientene/brukerne. Det synes logisk at de som skal implementere prosedyren for IP selv må vite hvordan verktøyet fungerer. Ved å vise til praktiske eksempler der pasienter/brukere selv forteller til helsepersonell hvordan IP har medvirket til at de har fått koordinerte tjenester og god samhandling med tjenesteapparatet, blir pasienter/brukere involvert i tjenesteutvikling på systemnivå, som i dette tilfellet dreier seg om viktigheten av å få tatt i bruk prosedyren for IP. På denne måten kan man alliere seg med `kunden` for å selge inn `produktet` IP- prosedyre. Dette synes fornuftig og

hensiktsmessig og samsvarer også med litteratur og overordnede føringer om reell samhandling med pasienter/brukere på systemnivå (Bakke, 2009a; Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011 s.86; Helsedirektoratet, 2005 kap.9.1; Jenssen, 2012).

Fysisk møte mellom brukere og tjenesteapparatet fremheves i litteraturen som et viktig tiltak for større forståelse for hverandres utfordringer (Bruns, 2012). Som en av informantene sa det: «...hvis vi ikke kommer opp med gode eksempler, med en suksesshistorie...forstår man ikke hvorfor man skal snakke om disse tingene. Opplever bare å sitte der å trykke...». Ved at pasienter/brukere deler sine erfaringer med tjenesteapparatet, vil en holdningsendring blant tjenesteyterne kunne skje (Bruns, 2012). I dette tilfellet dreier det seg om bruk av IP som verktøy, og i den forbindelse kan helsepersonell oppdage betydningen det har for pasientene/brukerne at prosedyren for IP blir implementert. En av informantene uttrykte det slik: «Ting som er viktig og nyttig er folk interessert i». Sett i lys av organisasjonsteori vil en intervensjon (i dette tilfelle implementering av prosedyre for IP) adopteres lettere i organisasjonen dersom den oppleves som nyttig for de som skal stå for implementeringen (Holthe, 2011).

Resultatene som er diskutert viser noen likhetstrekk sammenlignet med resultatene fra Kunnskapssenteret sin oversiktsstudie - over oppsummert forskning - om effekt av implementeringstiltak for faglige retningslinjer: « *Tiltak som elektronisk beslutningsstøtte, kurs og møter, praksisbesøk, monitorering med tilbakemelding («audit & feedback») og skreddersydde tiltak for implementering av retningslinjer er sannsynligvis effektive* » (Kunnskapssenteret, 2015 s. 2).

5.2 Drøfting av metode

I det følgende fremstilles noen refleksjoner rundt metoden som ble brukt i denne studien.

Kvalitativ metode ble valgt fremfor kvantitativ på bakgrunn av problemstillingen, der hensikten var å få frem informantenes erfaringer. Kunnskap om menneskers erfaringer får man best gjennom samtaler der informantene beskriver erfaringer, opplevelser og tanker for eksempel gjennom historier. Den ble derfor vurdert til å være bedre egnet enn kvantitativ metode som bygger på statistikker basert på tallmateriale der dataene innhentes via forhåndsbestemte, standardiserte vilkår (Malterud, 2011 s. 26-29).

Med et utvalg fra flere sykehus kunne resultatene blitt annerledes. Fire informanter kan sees på som en svakhet med tanke på overføringsverdi. Jeg erfarte at det ble noen resultater der det kun var én som hadde svart, dermed ble konklusjonen vanskeligere. Imidlertid er relevansen av resultatene også knyttet til den eksterne validiteten. De fleste resultatene sammenfalt med teori og tidligere forskning, og kan dermed vurderes som sannsynlig gyldig kunnskap om problemstillingen og forskningsspørsmålene (Malterud 2011, s. 181-188).

Jeg har ikke erfaring med å bruke andre analysestrategier, og dermed ikke grunnlag for å vurdere om en annen analysestrategi hadde gitt andre resultat. Imidlertid synes «Qualitative Content Analysis samt Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)» å kunne være aktuelle alternativer fordi disse har mange fellestrekk med STC (Malterud 2011, s.111 og s. 96-97).

Analysestrategien STC, kan sies å ha tilført ny kunnskap om implementering av individuell plan i sykehus for avdelinger som har behandlingsansvar for pasienter med behov for habilitering eller rehabilitering. Dette fordi resultatene vurderes til å kunne brukes av lederne i de aktuelle habilitering- og rehabiliteringsavdelingene i arbeidet med å implementere prosedyren for IP i sine avdelinger. Kunnskapens brukbarhet kalles for `pragmatisk validitet` i følge Kvale 1996 (referert i Malterud 2011, s. 187). Resultatene anses å kunne ha en pragmatisk validitet utover den aktuelle konteksten i denne studien. Det vil si for andre sykehus og avdelinger som har pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det kunne imidlertid vært interessant å forske på andre kliniske avdelingers bruk av prosedyren for IP, for eksempel en akuttmedisinsk døgnavdeling, der behandlingstiden som kjent er kortere enn i en habiliterings- eller rehabiliteringsavdeling.

I ettertid ser jeg at min forforståelse kan ha påvirket utformingen av temaspørsmålene i intervjuguiden. Jeg mener likevel å ha fått frem informantenes stemmer, og at min forforståelse ikke har overdøvet det empiriske materialet (Malterud 2011, s.40-41).

Ved å benytte kvantitativ metode i tillegg, kunne studiens resultat blitt mer generaliserbare, fordi deltakerantallet og datamengden kunne økt (Malterud 2011, s.29 -34 og s.190 -192). Med en kvantitativ tilnærming ville det blitt større distanse mellom informantene og meg som `forsker`, noe som kunne bidratt til mindre påvirkning. For eksempel kunne en skriftlig spørreundersøkelse blitt brukt (Thagaard 2013, s.19). Ved å bruke spørreskjema til øvrig helsepersonell kunne det også bidratt til å belyse «bottom-up» perspektivet ytterligere.

6 KONKLUSJON

Resultatene viser at samhandlingsutfordringer synes å være den viktigste hemmende faktoren for implementering av prosedyren for IP i habiliterings- og rehabiliteringsavdelingene. Ledelsens manglende fokus på prosedyren, at avvik ikke blir meldt, og sykehusenes begrensede mulighet for å delta i elektronisk IP fremkom også som vesentlige hemmere.

At det kan få uheldige konsekvenser for pasientene dersom prosedyren ikke blir brukt, viste seg å være en viktig fremmede faktor. Resultatene viste også at implementeringen må bli en prioritert oppgave for ledelsen, og at det bør innføres brukermedvirkning på systemnivå.

Det kan synes behov for videre forskning på hvilke implementeringstiltak for IP- prosedyre som er mest effektive. En slik forskning kan bli et supplement til Kunnskapssenteret sin rapport om effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer (Kunnskapssenteret, 2015).

Studien viser at IP - og prosedyre for IP - er lovpålagt og derfor skal brukes.

Det er gjennom brukerundersøkelser og annen forskning funnet at IP er et nyttig verktøy.

Funnene i denne studien vurderes til å være viktig kunnskap for at ledere lettere skal kunne implementere IP-prosedyren i sine avdelinger for at pasienter med behov for det skal få tilbud om IP.

7 REFERANSER

- Aanestad, M. (2012). IKT: Et utfordrende redskap. In H. O. K. Melberg, Lars Erik (Ed.), *FREMTIDENS HELSE-NORGE* (pp. 169-184). Bergen: Fagbokforlaget.
- Alve, G. M., VH;Slettebø, Å;Hellem, E; Bruusgaard,KA; Langhammer,B. (2013). Individual plan in rehabilitation processes:a tool for flexible collaboration? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 15,No. 2, 156-169.
- Axelsson, S. A., R. (2009). Altruisme i tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakke, T. (2009a, 26.8.2009). Brukermedvirkning på tre ulike nivå. Hentet 28.4.2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/221668.cms>
- Bakke, T. (2009b). *Jeg har en plan*. Oslo: Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/128/Jeg-har-en-plan-IS-1672.pdf>
- Barnevernloven, (1992). Lov om barneverntjenester.
- Berwick, D. (2003). Improvement, trust, and the healthcare workforce *BMJ Quality and Safety*, 12(Suppl 1), i2-i6.
- Bjerkan, J., Richter, M., Grimsmo, A., Hellesø, R., & Brender, J. (2011). Integrated care in Norway:the state of affairs year after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*, 11.
- Bjerkan, J., Vatne, S., & Hollingen, A. (2014). Web-based collaboration in individual care planning challenges the user and the provider roles - toward a power pransition in caring relationships. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 561-572. doi:10.2147/JMDH.S70470.
- Boge, M., Lunde, E., Breivik, A. K., & Kristiansen, S. (2016, 29.1.2016). Individuell plan (IP). Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/individuell-plan-ip 24.4.2016>
- Breimo, J., Normann, T., Tveit Sandvin, J., & Thommesen, H. (2015). *Individuell plan: samspill og unoter*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Breimo, J. P. (2016). Planning individually? Spotting international welfare trends in the field of rehabilitation in Norway. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(1), 65-76. doi:10.1080/15017419.2014.972447.
- Bruns, A. (2012). Møteplassen, et sted å møtes. In A. o. T. Jenssen, IM (Ed.), *Brukermedvirkning - Likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Direktoratet for e-helse, (2017, 10.5.2017). Èn innbygger - èn journal. Hentet 14.5.2017 fra <https://ehelse.no/strategi/n-innbygger-n-journal>

Forskrift om habilitering og rehabilitering. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, (2011).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, (2017).

Fylkesmannen. (2012, 10.01.2017). Individuell plan. Hentet 8.5.2017 fra <https://www.fylkesmannen.no/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Individuell-plan/>

Gadamer, H. (1997). *Tidsavståndets hermeneutiska betydelse. Sanning och metod*. Gøteborg: Daidalos.

Grol, R. W., M; Eccles, M. (2005). *Improving patient care : the implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *St.meld.nr.47, Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010-2011). *Meld.St.16:Nasjonal helse-og omsorgsplan 2011-2015*. Oslo. Regjeringen.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Meld.St. 11 (2015 -2016), Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Hentet 14.5.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016a). *Meld. St. 13 (2016 - 2017), Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Hentet 5.5.17 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c3f7bd6e264046b4fac371aad8bc32/no/pdfs/stm201620170013000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016b). *Meld. St. 34 (2015 - 2016), Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Hentet 14.5.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016c). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 - 2019, Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017)*. Hentet 28.4.17 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/NO/SVED/OpptappingsplanRehabilitering.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, 10.01.2016). Oppdragsdokument. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

Helse- og omsorgstjenesteloven, (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm.

- Helsebiblioteket.no. (2010, 05.10.2010). Definisjon av fagprosedyre. Hentet 27.5.2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/metode/definisjon-av-fagprosedyre>
- Helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005 -2015*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>
- Helsedirektoratet. (2011). *Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsrådet*. (IS-1947). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/261/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf>
- Helsedirektoratet (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo:Helsedirektoratet. Hentet 10.5.2016 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v.
- Holmboe O, B. O. (2016). *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Nasjonale resultater. [Inpatients' experiences with somatic hospitals in 2015.National results]*. (PasOpp-rapport 2016: 147). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Holthe, A. (2011). Implementering av helsefremmende intervensjoner og politikk. In I. Øverby, M. Torstveit, & R. Hølgård (Eds.), *Folkehelsearbeid* (pp. 301-317). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Holum, L. C. (2012a). "Individual plan" in a user-oriented and empowering perspective: A quality study of "individual plans" in Norwegian mental health services. *Nordic psychology*, 64:1, 44-57. doi:10.1080/19012276.2012.693725
- Holum, L. C. (2012b). "It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of Individual Plan` in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 12, 1-12.
- Hovlid, E. (2013). *Reducing cancellations of planned operations. A case study of improving the quality of care at a district general hospital*. (Doctoral thesis), Universitetet i Bergen, Bergen. Hentet 10.4.2017 fra <http://bora.uib.no/handle/1956/7173?show=full> BORA database.
- Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan: - anerkjennelse og krenkelse*. (Doktoravhandling), Trondheim. Hentet 13.5.2017 fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/267885/564873_FULLTEXT02.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Jacobsen, D. I. (2012). Endringsprosesser og endringsstrategier. In D. I. Jacobsen (Ed.), *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (2. ed., pp. 149-212). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jenssen, A. G. (2012). Brukermedvirkning-hva er så det? In A. G. Jenssen, Tronvoll, I M (Ed.), *Brukermedvirkning-likeverd og anerkjennelse* (pp. 42-51). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjellevoll, A. (2014). Individuell plan i helse- og omsorgstjenesten – behov for endringer og ansvarliggjøring? . *Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og velferdsrett*, 11(4), 267-285.
- Klev, R. L., Morten. (2009). Endringsledelse - praksis og tenkning hånd i hånd. In R. L. Klev, Morten (Ed.), *Fornadring som praksis. Endringsledelse gjennom læring og utvikling* (2 ed., pp. 147-170). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kunnskapssenteret. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer*. (nr. 10 – 2015. ISBN 978-82-8121-959-5 ISSN 1890-1298). Oslo: Helsedirektoratet.
- Kvale, S. B., Svend. (2015a). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. ed.). Oslo: Universitetsforlaget A/S.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40 no 8 795-805. doi:10.1177/1403494812465030
- Måseide, P. (2013). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. In A. T. Molander, Lars Inge (Ed.), *Profesjonsstudier* (3. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- NAV-loven, N. (2006). Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen.
- Opplæringslova, (1998). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa.
- Pasientjournalloven, (2015). Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp
- Pasient- og brukerrettighetsloven, (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter.
- Pressemelding. (2014). *Pasientens helsetjeneste*. Oslo: Regjeringen. Hentet 8.4.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>
- Prop 91 L, (2010-2011). *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaaa5e4b6b34d9581e4c0e34d8eabeb/no/pdfs/prp201020110091000dddpdfs.pdf>
- Psykisk helsevernloven, (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- Rambøll (2014). *Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering*. (IS-0429). Oslo: Helsedirektoratet.

Randrup Krog, B; Krøll, V; Mainz, J. (2011). Begreper og terminologi. In Mainz, J; Bartels, P; Bek, T; Pedersen, K.M.; Krøll, V; Rhode, P. (Red.), *Kvalitetsudvikling i praksis* (s. 35-51). København: Munksgaard Danmark.

Sandvoll, A. e. a. (2012). New quality regulations versus established nursing home practice: a qualitative study. *BMC Nursing*. doi:10.1186/1472-6955-11-7

Skjørshammer, M. (2004). *Bedre planlegging i helsesektoren. I et systemisk perspektiv*. Kristiansand: Høyskoleforlaget A/S.

Spesialisthelsetjenesteloven, (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten mm.

Sæggrov, S. (2012). Implementering av individuell plan (IP) for kreftramme. *Vard i Norden*, 32 (3).

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse* (4. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455-473. doi:10.1080/13561820902921720

Wallin, L. (2009). Knowledge translation and implementation research in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 576-587.

Ward, V. S., S; House, A & Hamer, S. (2012). Exploring knowledge exchange: A useful framework for practice and policy. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Sociology*, 74, 297-304.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Semistrukturert intervjuguide

Vedlegg nr.

Semistrukturert intervjuguide for mastergradsprosjektet: «IMPLEMENTERING AV PROSEDYRE FOR INDIVIDUELL PLAN I SYKEHUS»

Innledning

Bli 'kjent' - stikkord:

- hvor jobber du?
- lederfunksjon - Hvor lenge?

Kan du fortelle om dine erfaringer med IP

Stikkord:

- Erfaringer med IP arbeidet i sykehuset?
- Hvilken kjennskap har du til prosedyren/retningslinjen i dette sykehuset?

Temaspørsmål

Hvordan opplever du at retningslinjen blir brukt blant dine medarbeidere?

Stikkord:

- Fast rutine?
- Årsaker til at den blir fulgt/ikke fulgt?
- Konsekvenser dersom den ikke blir fulgt?
- Meldt som avvik? Hvorfor/hvorfor ikke?

Hva er det som gjør at vi i koordinerende enhet i sykehuset opplever at

prosedyren/retningslinjen ikke blir iverksatt/implementert i de kliniske avdelingene?

- Stikkord: faktorer som spiller inn?

Du med din erfaring har kanskje noen tanker om hvilke tiltak dere kan sette i verk på din avdeling for å få iverksatt prosedyren?

Hva tenker du ledere generelt må fokusere på for å få iverksatt prosedyren

Stikkord:

- Behov for undervisning/veiledning/annet?

Er det andre måter enn bruk av IP som kan gi pasientene koordinerte tjenester?

Avsluttende spørsmål

Er det noe du vil tilføye?

(Hvordan har intervjusituasjonen vært?)

Vedlegg 2 - Informasjonsskriv

Merethe H. Boge
Mastergrad student HISF
Institutt for helsefag
Tlf: 98856031
E-post: Merethbo@stud.hisf.no

Bergen 20.06.2016

Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt

Jeg er mastergrad student i samhandling innen helse- og sosialtjenester ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Med dette vil jeg spørre om du har anledning til å bidra med din kunnskap i prosjektet *Implementering av prosedyre for individuell plan (IP)*. Bakgrunnen for prosjektet er at Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) er pålagt overordnet ansvar for IP som blant annet medfører utarbeiding av prosedyre for IP i helseforetak (spesialisthelsetjenesteloven). Jeg er kjent med at prosedyre for IP er utarbeidet i ditt helseforetak/sykehus. Min erfaring er at prosedyren i liten grad synes å være implementert i den daglige driften i sykehusene.

Formålet med prosjektet er å forstå og beskrive hvorfor implementering av prosedyren for IP eventuelt byr på utfordringer i avdelinger som har pasienter med behov for habilitering eller rehabilitering. Jeg søker å finne svar på dette gjennom følgende forskningsspørsmål: Hva hemmer og fremmer implementering av prosedyre for IP ved avdelinger som har behandlingsansvar for habilitering- eller rehabiliteringspasienter i et sykehus? Hvilke tiltak kan være nyttig å sette i verk for at prosedyre for IP tas i bruk av behandlende helsepersonell ved disse avdelingene? Hvordan kan koordinerende enhet (KE) bidra til å videreutvikle arbeidet med IP ved disse avdelingene?

For å få relevante data ønsker jeg i løpet av høsten 2016 å foreta enkeltintervju av utvalgte ledere ved avdelinger som har habilitering og/eller rehabiliteringspasienter til behandling. Jeg vil bruke lydopptak mens vi prater sammen i omtrent 45 min. Vi kan sammen bli enige om tid og sted for intervjuet.

Alle data behandles konfidensielt og ingen personer vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Dataene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdigstilt innen juni 2017. Du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten begrunnelse. Alle innsamlede data vil i så fall bli slettet.

Jeg håper at du har lyst og anledning til å delta, og da er det fint om du signerer på vedlagte samtykkeerklæring og sender den i retur til meg.

Hvis du har spørsmål kan du ta kontakt med meg på mob.98 85 60 31 eller e post merethbo@stud.hisf.no. Du kan også kontakte min veileder, førstelektor Solveig Sægvog ved Høgskulen i Sogn og Fjordane: Solveig.segrov@hisf.no

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen
Merethe Boge

Vedlegg 3 - Samtykkeerklæring

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet «Implementering av prosedyre for individuell plan i sykehus» og ønsker å delta.

Jeg samtykker til å delta i mastergradsprosjektet og kan når som helst trekke meg.

Dato og signatur.....

E- post.....

Telefonnummer.....

Vedlegg 4 – Svar fra NSD



Solveig Sægvog
Avdeling for helsefag Høgskulen i Sogn og Fjordane
Postboks 523
6800 FØRDE

Vår dato: 22.08.2016 Vår ref: 49079 / 3 / MHM Dens dato: Dens ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.06.2016. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 09.08.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>49079</i>	<i>Implementering av prosedyre for individuell plan i sykehus</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved Institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Solveig Sægvog</i>
<i>Student</i>	<i>Merethe Hørkestad Boge</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Marianne Høgetveit Myhren tlf: 55 58 25 29

Vedlegg: Prosjektvurdering


Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskingsdata AS Harald Hørfagres gate 29 Tlf: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

Kopi: Merethe Hørkestad Boge merethbo@stud.hisf.no

Vedlegg 5 – Visuell fremstilling av sammenfatning av subgrupper

(Eksempel hentet fra analysematerialet)

Årsaker til at prosedyren IKKE blir brukt	Årsaker til at prosedyren BLIR brukt	TILTAK som kan iverksettes for at prosedyren skal bli mer brukt	Tiltak som KE kan iverksette for at prosedyren skal bli mer brukt	Andre måter enn IP som kan gi pasientene koordinerte tjenester?
Hva som utkrystalliserer seg:	Hva som utkrystalliserer seg:	Hva som utkrystalliserer seg:	Hva som utkrystalliserer seg: flyttet over til venstre kolonne, slått sammen til en skuff det som handler om TILTAK	Hva som utkrystalliserer seg:
A, B > ansvarsfordeling A, C > mye å gjøre/mye å registrere B, C > samhandling D > ingen konsekvenser for driften D > mangler gode erfaringer C > ikke egnet som kvalitetsindikator (oppfatning/holdning?) D > mister legitimitet (oppfatning/holdning?) D > manglende elektroniske løsninger	B, C > ansvaret lagt til en funksjon C, D > registrering/dokumentering C > har det jevnlig oppe i fellesskap D > konsekvenser for pasientsikkerhet	A, B, C, D > LEDEROPPGAVE A, B, D > alliere seg med `kunden`- praktiske eksempler. A > rollen som «Samhandlingskontakt mot KE» C, D > Informasjon (reise rundt + intranett) D > liste i EPJ på pas det ikke var tatt stilling til		A > holdninger, samhandlingskompetanse A, B, C, D > KOORDINATOR B, C, D > samhandling med kommune (kontakt med kommunen, ansvarsgruppemøter/ forpliktende samarbeidsmøter, snakke sammen)