

**Lene Chr. Holum**

Psykologspesialist/teamleder og Ph.D-kandidat, Regionsenter for barn- og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (R-BUP) og Oslo Universitetssykehus, Senter for barn og unges psykiske helse, BUP Oslo Syd, TIPS Ung. lcholum@online.no

**Ruth Toverud**

Dr.psychol, psykologspesialist, forskningsleder for metode og forskeropplæring ved Regionsenter for barn- og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør. ruth.toverud@r-bup.no

Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker?

Bruk av Individuell plan (IP) skal bidra til mer koordinerte, målrettede og brukerbaserte tjenester for pasienter innen psykisk helsevern. Denne artikkelen handler om bruk av individuell plan for unge med langvarige og sammensatte behov for tjenester og behandling. En kvalitativ studie basert på dybdeintervjuer av brukere og tjenesteytere gir et bilde av hva som hemmer og fremmer bruk av IP i henhold til intensjonene. Planprosessene fungerer best der det oppstår få utfordringer knyttet til ansvarsfordeling om økonomi, tiltak og behandling. At koordinator er stabil, har legitimitet og en god relasjon til bruker er viktig for å oppnå en velfungerende plan. Brukernes ønsker og deres forutsetninger for å delta er også vesentlig. I lys av disse resultatene bør det drøftes hvordan tjeneste- og behandlingsapparat kan tilrettelegges bedre for koordinering og samhandling på tvers av organisatoriske skiller. Det bør tenkes nytt om plassering av beslutningsmyndighet og ansvar.

Formålet med individuell plan (IP) er først og fremst at mennesker som trenger sammensatte helse- og sosialtjenester skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. IP er en lovfestet rettighet der intensjonen er at brukere⁹ skal ha en personlig koordinator og en overordnet plan for mål og tiltak. Dette er innført i alle helselovene i 2001, sosiallovgivningen i 2004, Nav-lovgivningen i 2008 og barnevernloven i 2010. IP er både et organisasjonsrettet og et brukerrettet virkemiddel. Foruten å fremme samhandling og koordinering mellom tjenesteytere skal bruk av IP fremme at brukers ønsker, behov og ressurser vektlegges i planarbeidet. Det er også tenkt at IP skal bidra til å avklare ansvarsforhold tjenesteyterne imellom (Sosial- og helsedirektoratet, 2010; NOU, 2004:18). Lovgiver har formulert at de involverte instanser sammen må jobbe frem et forpliktende samarbeid og en gjensidig forståelse i hver enkelt sak (NOU, 2004:18). For øvrig gis det ingen eksplisitte føringer om hvordan vanskeligheter i det enkelte planarbeidet skal løses. IP-veilederen (2010) utfordrer tjenesteytere, etater, institusjoner og kommuner til å organisere seg, samarbeide og samvirke på nye måter. Samarbeid mellom tjenestene på tvers av ulike sektorer, nivåer og regelverk synes å være en forutsetning for å få til et velfungerende hjelpeapparat rundt enkeltbrukere. Bak innføring av IP ligger blant annet en erkjennelse av at tjenesteapparatet er dårlig koordinert. Dette gjelder spesielt overfor brukere med sammensatte behov, som det finnes mange av innen psykisk helsevern (NOU, 2001:22; St.meld. nr. 21 1998; St.meld. nr. 25 (1996-97)).

Det er et internasjonalt kjent problem at det oppstår utfordringer i møte med sårbare pasientgrupper som har behov for kontinuerlige og fleksible tjenester fra mange tjenesteytende aktører (Grone, Garcia-Barbero & WHO Services, 2001; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Ouwens, Wollersheim, Hermens, Hulscher & Grol, 2005; Truman & Raine, 2002).

Artikkelens målsetting og bakgrunn

Artikkelens mål er å utforske og beskrive hva som hemmer og fremmer bruk av individuell plan (IP) for å

øke samhandling og koordinering og oppnå en større helhet. I dette arbeidet fokuserer vi på tjenester overfor grupper av ungdom/unge voksne med langvarige og komplekse psykiske vansker. Artikkelen belyser hvordan både tjenesteyterne og brukerne som er intervjuet, har erfart IP som verktøy for å fremme samhandling innen psykisk helsevern. *Brukermedvirkingsaspektet* ved IP omhandles mer utførlig i andre artikler (Holum, 2010, 2012a)

Artikkelen springer ut av førsteforfatters forskningsprosjekt om implementering og bruk av IP i den nevnte gruppen. Det fremkommer at IP i kun 10 av de 24 planprosessene¹⁰ som forskningsprosjektet omhandler, brukes i henhold til lovens intensjon, forskriftens beskrivelser og på en måte som informantene selv er fornøyd med (Holum, 2010, 2012a). Dette synes å være i tråd med tidligere litteratur om utfordringer knyttet til å oppnå tilfredsstillende samhandling og koordinering for mennesker med psykiske vansker som har behov for et bredt spekter av tjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Ramsay & Fulop, 2008; Sverdrup, 2007; Sverdrup, Myrvold & Kristofersen, 2007; Åhgren, 2007).

Aktuell forskning

Verdens helseorganisasjon (WHO) har gitt føringer om at det skal settes økt fokus på brukeres rett til medvirkning og på bedre koordinering av tjenestene, spesielt for mennesker med psykiske lidelser (WHO, 1986, 2005). I denne sammenheng nevnes det som internasjonalt omtales som «integrated care models» som en måte å møte utfordringene på. «Integrated care» kan forstås som et «paraplybegrep» som favner flere modeller utviklet med det mål for øyet å kompensere for et fragmentert system av behandlingstiltak (Leichsenring, 2004; Åhgren, 2007). Modellene har som mål å fremme kvalitativt bedre helse- og sosialtjenester med hensyn til koordinering, samhandling, kontinuitet og brukerfornøydhet (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Noen av «integrated care»-modellene vektlegger først og fremst et organisatorisk perspektiv, der målet er å fremme økt tilgjengelighet og koordine-

ring av tiltak for spesifikke pasientgrupper. Andre har et mer brukerorientert fokus, som for eksempel de forskjellige variantene av «case management»-modeller (Ziguras & Stuart, 2000; Zwarenstein, Reeves, Straus, Pinfold & Goldman, 2009). «Case management»-modellene har kanskje størst likhet med IP i og med bruken av en «case manager», som i mange henseender samsvarer med koordinatrollen i IP. Det er til dels sprikende funn om effekten av «case management»-modellene, men noen større oversiktsartikler vurderer «case management» totalt sett til å være en effektiv intervensjon i dagens psykiatri (Burns, Fioritti, Holloway, Malm & Rössler, 2001; Holloway & Carson, 2001; Rosen & Teesson, 2001; Sledge, Astrachan, Thompson, Rakfeldt & Leaf, 1995; Ziguras & Stuart, 2000; Zwarenstein et al., 2009). Utover 80-tallet ble såkalte ACT-team (Assertive Community Treatment team) innført, som en avlegger av «case management». ACT-team er samtidig en måte å organisere tjenestene på og en behandlingsmodell. En studie om effekten av ACT-team viser viktigheten av at pasientene selv er aktive deltakere i tiltaks- og behandlingsprosessen (Watts & Priebe, 2002).

Nasjonalt har det de senere årene bare vært gjennomført noen få større forskningsprosjekter. Fire forskere har studert bruken av IP i forskjellige kontekster: Hansen (2007) studerte beslutningssystemene som lå til grunn for IP i kommunehelsetjenesten. Humerfelt (2012) gjennomførte et aksjonsforskningsprosjekt om oppfølging og bruk av IP i møte med brukere med rusproblemer i Nav. IKT-løsninger og brukermedvirkning er fokus for Bjerkan's forskningsprosjekt (Bjerkan & Alonso, 2010; Bjerkan, Richter, Grimsmo, Helle-sø & Brender, 2011), mens Holck (2004) forsket på tjenesteyting overfor barn med funksjonsnedsettelse og berørte derved IP som én faktor. Forskningsprosjektene har svært forskjellig bakgrunn og ulike problemstillinger. Noen felles funn er at IP ikke brukes i ønsket omfang, samt at det er utfordringer knyttet til mangel på ressurser og uklare beslutningslinjer. I tillegg vurderes utforming av koordinatrollen som viktig for å imøtekomme de forskjellige brukergruppens behov for oppfølging.

Metode

Den metodiske tilnærmingen i prosjektet som helhet tar hovedsakelig utgangspunkt i det Patton (2002) omtaler som evalueringsforskning, der målet er å studere hva som hemmer og fremmer bruk av en metode eller et verktøy. Tilnærmingen har læring, ny kunnskap og endring som målsetting. I tråd med Patton (2002) er krav om bredde viktig innen evalueringsforskning. Dette ivaretas gjennom informanttrianglering der forskjellige aktørgruppers erfaringer med IP er innhentet for å gi et mer helhetlig bilde av hvordan IP brukes. Studiens troverdighet økes på grunn av spredningen på flere aktører, noe som igjen bidrar til at funnene representerer et større hele enn det en enkelt aktørgruppe kan bidra med (Costongs & Springett, 1997; Patton, 2002).

Informanter

Det har vært et overordnet ønske å få frem flere perspektiver, både ulike tjenestesteder og ulike aktører. Forskningsprosjektet bygger på et informantutvalg bestående av pasienter, pårørende, koordinatører, ledere og brukerorganisasjonsrepresentanter, og mange typer tjenestesteder er representert. Ungdom/unge voksne med komplekse og langvarige psykiske vansker er valgt fordi det i denne gruppen skjer store endringer knyttet til aldersbetingede skifter av tjenestesteder, og endringer i livsvilkår, sykdomsutvikling og generell utvikling. Det er derved en gruppe som i stor grad utfordrer tjenesteapparatets fleksibilitet i å utforme og gjøre bruk av IP.

Informantutvalget er som følger:

- **22 ledere** rekruttert fra forskjellige nivåer innen psykisk helsevern i Helseregion Sør-Øst; poliklinikker (BUP og DPS), spesialteam og sengeavdelinger (akutt, intermediær og langtids, både for barn/unge og voksne) ble intervjuet. Med unntak av fire toppledere, ble lederne forespurt om å opprette kontakt med brukere fra sine respektive avdelinger, primært i alderen 15-25 år, som hadde IP. Lederne rekrutterte deretter pasienter og pårørende.
- **19 pasienter og 7 foreldre** ble intervjuet. Disse

utgjorde totalt 24 IP-prosesser. I tilfeller der ungdommene ikke kunne intervjues, ble bare foreldre intervjuet. Både pasient og foreldre ble intervjuet i to IP-prosesser, mens i de øvrige 22 ble enten pasient (17 personer) eller foreldre (5 personer) intervjuet. To år senere ble 14 pasienter og 5 foreldre intervjuet for annen gang (19 IP-prosesser). De øvrige ønsket ikke å la seg intervju på nytt.

- **19 koordinatore og to behandlere** ble intervjuet. Pasientene oppga hvem som var koordinator og hvem de ønsket skulle bli intervjuet. I fem IP-prosesser var koordinator fraværende eller ukjent. I to prosesser er også behandler intervjuet, etter ønske fra pasienten.
- **Seks representanter** fra fire forskjellige brukerorganisasjoner ble intervjuet. Representantene var både brukere og profesjonelle aktører. Dette utgjør totalt 89¹⁰⁰ intervjuer.

Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk ved hjelp av et semistrukturert dybdeintervju. Intervjuene omhandlet i korte trekk følgende hovedområder: bakgrunn (personlig eller faglig), erfaringer med IP; enten det gjaldt egne brukererfaringer eller arbeidserfaringer som koordinator for en gitt bruker eller som leder for tjenestested. I tillegg ble alle spurt om sin forståelse av og sitt syn på IP. Annen gangs intervju av pasienter/pårørende omhandlet om de fortsatt hadde en IP, hvordan den var blitt brukt underveis, og hvordan de opplevde tjenestetilbudene de mottok.

Intervjuene hadde varighet fra 45 minutter til tre timer, med et gjennomsnitt på fem kvarter. Intervjuene foregikk enten på tjenesteyters eller forskers kontor eller, for pasientenes del, også hjemme hos dem eller der de mottok behandling.

Godkjenninger

Prosjektet ble vurdert av Regional Etisk Komité som et kvalitetssikringsprosjekt. Prosjektet ble meldt til Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste, og det ble innvilget konsesjon fra Datatilsynet. Informantene fikk

muntlig og skriftlig informasjon om prosjektets målsetting, om prosjektleder, godkjenninger og at de når som helst kunne trekke seg uten konsekvenser. Det ble innhentet signert informert samtykke til at informantene kunne kontaktes om annen gangs intervju. Alle intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert. Ingen reelle navn eller personopplysninger fremkommer i det transkriberte materialet, men det brukes fiktive navn i presentasjon av funnene.

Analyse

Analyseprosessen har sitt teoretiske utgangspunkt i Malteruds systematiske tekstkondensering, fenomenologisk analyse og tematisk innholdsanalyse (Giorgi, 1994; Malterud, 2003; Patton, 2002; Rose, 2008). Målet i disse analytiske tilnærmingene er å utforske dynamiske prosesser for å oppnå forståelse.

Innledningsvis ble hele materialet analysert samlet. I etterkant av hvert intervju ble spontane refleksjoner notert. Denne dagbokføringen bidro til å utvikle de analytiske spørsmålene og fokusere på temaer som utkrystalliserte seg i materialet. Deretter fulgte en såkalt naiv gjennomlesing av de transkriberte intervjuene for å notere temaer og utsagn førsteforfatter oppfattet som relevante for studiens problemstillinger eller var interessante på andre måter. Neste skritt var en gjennomgang av alle pasientkasuse ne med kort nedtegnelse av deres historie og erfarte IP-prosesser. Det ble så foretatt en systematisk analyse av hvert enkelt intervju der meningsbærende enheter, det vil si hele eller deler av utsagn, ble sortert (kodet) inn i kategorier og subkategorier. Innledningsvis ble det dannet noen kategorier som belyste de overordnede spørsmålene om implementering og bruk av IP. Disse kategoriene ble videreutviklet ved at noen ble slått sammen mens andre ble delt opp, slik at meningsbærende enheter ble gruppert på nye måter. Softwareprogrammet NVivo8 ble brukt som støtte i denne delen av analyseprosessen. Refleksjoner som omhandlet innholdet i kategoriene eller prosessen for øvrig ble notert fortløpende i «memos», som et bindeledd mellom datainnsamling, analyse og rapportering av funn. Kategoriene ble i flere omganger tema-

Hvordan IP-prosessene i studien fordelte seg med hensyn til bruk

Gruppe	Undergruppe	Beskrivelse	Antall
1 IP fungerer. hensiktsmessig på ett eller begge intervjutidspkt (totalt 10)	A	Proforma eller ikke-eksisterende IP ved første intervju, mens ved andre intervju er IP i aktiv bruk.	2 planprosesser
	B	IP brukes i henhold til intensjonen og er i aktiv bruk, samt at bruker er fornøyd ved begge intervjutidspunkter.	2 planprosesser
	C	IP brukt aktivt ved første intervju, og bruker er fornøyd. Ved andre intervju brukes ikke lenger IP aktivt, men det jobbes stort sett i henhold til opprinnelige mål og planer.	5 planprosesser + én intervjuet kun første gang (totalt 6)
2 IP fungerer ikke etter intensjonen (totalt 14)	A	IP har aldri kommet ordentlig i gang, da ingen ville påta seg koordinatorrollen og det ikke var avklart hvilke instanser som hadde ansvar for hva.	2 planprosesser
	B	IP er blitt liggende ubrukt etter at den ble laget og har derved aldri blitt fulgt opp eller evaluert.	3 planprosesser
	C	Bruker kjenner ikke til noen IP eller mener vedkommende ikke har deltatt i planprosessen, selv om det eksisterer en IP.	5 planprosesser (3 av disse er intervjuet kun én gang)
	D	Har en IP ved begge intervjutidspunkter, men den brukes ikke, og bruker har ikke noe forhold til egen plan.	3 planprosesser + én kun intervjuet første gang (totalt 4)

Tabell 1. Hvordan IP-prosessene i studien fordelte seg med hensyn til bruk av planverktøyet

tisk reorganisert og samlet på nye måter. De kategoriene dette arbeidet resulterte i, danner det tematiske grunnlaget for denne artikkelen med hovedtema samhandling og koordinering, et tema alle informantene berørte. Kategoriseringen har også dannet grunnlag for en artikkel om implementering (Holum, 2012b) og en artikkel og et essay om brukervedvirkning (Holum, 2010, 2012a).

Det analytiske arbeidet med denne artikkelens problemstilling:

Alle IP-prosessene ble gjennomgått og gruppert med tanke på hvordan IP fungerte både i henhold til lovverket og forskriftens krav til innhold, samt hva pasientene og de pårørende uttalte om bruken av planverktøyet og hvor fornøyde de var. (Se tabell 1). Tabellen med fordelingen av planprosessene i to grupper ga grunnlaget for økt forståelse av IP som samhandlingsverktøy.

Gruppe 1 kjennetegnes i grove trekk av at det var mulig å bygge opp et tilfredsstillende tjenestetilbud innen eksisterende rammer og at koordinator og øvrige tjenesteytere samarbeidet i tilstrekkelig grad. De 14 planprosessene i gruppe 2 danner hovedsakelig grunnlaget for å forstå hva som *hemmer* bruken av IP som samhandlingsverktøy og synliggjør derved utfordringene og forbedringspotensialet i større grad enn informantene i gruppe 1. Det ble i tillegg søkt i de eksisterende kategoriene etter hvordan de forskjellige informantene beskrev og reflekterte over bruken av IP som samhandlingsverktøy, både fra et bruker- og et tjenesteyterperspektiv. Det skjedde også en reorganisering av opprinnelige kategorier i denne prosessen. De hovedkategoriene som belyser hva som hemmer og fremmer bruk av IP som samhandlingsverktøy er: beslutningsmyndighet og ansvar, koordinatorrollens betydning samt brukers ønsker og forutsetninger for å delta i planarbeidet.

Studiens begrensninger

En styrke ved studien er bredden og informanttriangleringen, men det store antallet intervjuer går noe på bekostning av dybden. I og med at lederne

ble bedt om å rekruttere pasienter, har ikke forskeren hatt kontroll på hvem som ble forespurt i den innledende rekrutteringen. Forskeren har heller ikke kunnskap om på hvilket grunnlag informanter takket ja eller nei. Pasientintervjuene er av varierende kvalitet, i den forstand at enkelte av informantene var såpass preget av kognitive vansker og andre symptomer at spørsmål tidvis kunne bli ledende og svar lite utdypende. Mange av informantene, men spesielt pasienter og pårørende, viste seg å ha vansker med å skille IP-prosessene fra behandling generelt og andre tiltak.

Analytiske funn

Funnene, slik de beskrives og fortolkes, er med på å gi et bilde av betingelsene for bruk av IP som verktøy for økt samhandling og koordinering i de planprosessene som er analysert. Funnene er på sett og vis todelt, der de to første hovedkategoriene handler om tjenesteyternes, ledernes og koordinatorernes handlingsrom i planarbeidet. De organisatoriske forhold som påvirker dette; som forvaltningsnivåer, etater, beslutningsprosesser og økonomi, kan kalles rammebetingelsene for bruk av IP. Den tredje hovedkategorien omhandler brukernes situasjon, der brukerens ønsker, behov og funksjon sier noe om forutsetninger for at et verktøy som IP skal kunne fungere etter intensjonen. Informanter fra alle gruppene hadde synspunkter og erfaringer av relevans for temaene i alle kategoriene som berøres her.

1) Beslutningsmyndighet og ansvar

Denne kategorien omhandler både organisatoriske, behandlingmessige og økonomiske forhold som er av betydning for at brukeren skal nå målene sine. Tjenesteytere, i samråd med brukere, må kunne ta viktige behandlingmessige beslutninger og samtidig utløse nødvendige ressurser for å oppnå et tilfredsstillende tjenestetilbud. Dette ble poengtert som vesentlig fra både ledere, brukerrepresentanter og koordinatorene.

*Marthes historie*¹⁰, hentet fra gruppe 2, belyser godt hvilke utfordringer som oppstår når det skal tas beslutninger om behandling og økonomi, beslutnin-

ger som i mange tilfeller er tett sammenvevd. Marthe var midt i tenårene, og hun hadde store hjelpebehov knyttet til fysiske skader, eksperimentering med rus, sosiale vansker, skolevansker og en uavklart og alvorlig psykisk helsetilstand. Hun pendlet mellom en langtidsinstitusjon, foreldrene og en akuttavdeling. Marthes tilstand kompliserte bildet i den forstand at det ikke var noen etater eller tjenesteytere som uttrykte «ja, dette er vårt ansvar» for å beslutte utforming og koordinering av behandlingstiltak eller IP. Marthe hadde behov for spesialtilpasset, bemannet bolig. Dette er et kostbart tiltak, og om dette var å regne som omsorg og dermed et kommunalt ansvar, eller behandling og dermed spesialisthelsetjenestens ansvar og regning, forble uavklart til tross for et betydelig antall møter mellom involverte parter. Verken institusjonslederen som ble intervjuet, familiebehandler eller foreldrene mente at de hadde noen innflytelse. Ledere på de øverste nivåene i kommune og psykisk helsevern ble ikke intervjuet. Tilstrekkelige tilpasninger i eksisterende institusjonstilbud lot seg heller ikke gjennomføre innen de rammene institusjonen uttrykte å ha.

I IP-prosessene i gruppe 1 ble nødvendige beslutninger i stor grad fattet. Et godt eksempel er *Helen*, en kvinne i begynnelsen av tyveårene, som også hadde en sammensatt problematikk. Hun befant seg imidlertid i en avdeling som var godt egnet til å ivareta hennes behov. I ansvarsgruppen samarbeidet de involverte bra, det vil si tjenesteyterne: koordinator, terapeut, fastlege og kommunale saksbehandlere fra Nav og psykisk helsetjeneste. Det ble søkt om nødvendige tiltak for å nå målene i IP-prosessen, dette handlet om å oppnå bemannet bolig, trygg økonomi, behandling, omsorg og sysselsetting. De tiltakene Helen hadde behov for eksisterte, og derfor fikk hun et adekvat tilbud. Det krevde ingen ekstra ressurser for å bygge opp noe, og hun slapp dermed å møte problemet med hvem som kunne beslutte tiltak opprettet.

Beslutninger om tilhørighet

Manglende eller uavklart etats- og avdelingstilhørighet var en utfordring som ble nevnt i sammen-

heng med flere IP-prosesser. Dette kunne gi ringvirkninger for resten av planarbeidet når det ikke var på plass. For eksempel tok verken kommunen eller spesialisthelsetjenesten ansvaret for Marthes bolig- og behandlingsbehov, og dermed ble hun gående «på vent» i flere år. En annen pasient flyttet i perioden studien pågikk. Dette bød på problemer med å fastsette hvilke instanser som skulle være ansvarlige for tiltakene. Koordinator fortalte:

«Jeg trodde det var så enkelt at man bare flytta en sak over fra sosialkontor X til sosialkontor Y i samme by, men det var det jo ikke. Så derfor ble hun hengende mellom to stoler. Det var brevveksling og telefonering. Var det sosialkontoret der eller der? Trygdekontoret der eller der? Dette gjorde henne litt oppskjorta. Hun følte seg veldig liten og at ingen ville ha henne.»

For denne pasienten ble den manglende etatsavklaringen i starten av planarbeidet en smertefull opplevelse, og det forsinket planarbeidet betraktelig.

Avklaring av økonomiske og behandlingmessige forhold

Mange av tjenesteyterne mente det praktiske IP-arbeidet var avhengig av tilgang på ressurser. Derfor ble det viktig å avklare spørsmålet om hvem som kunne utløse hva av ressurser. Det kunne være snakk om store beløp, som ved Marthes boligbehov, eller mindre beløp knyttet til antall timer støttekontakt per uke. Flere ledere trakk frem den tilbakevendende utfordringen: Hvem skal betale for hva? I en planprosess der spørsmålet var om det skulle lages en miniinstitusjon rundt en bruker, fortalte koordinator:

«Bydelsoverlegen, som blir trukket inn fra bydelsdirektør fordi det i denne saken er snakk om veldig mye penger, har fått i oppdrag å undersøke om det virkelig kan være slik at bydelen er nødt til å stille opp med massevis av penger, at ikke psykiatrien har mer å bidra med. Altså en helseøkonomisk prinsipiell diskusjon.»

Slike økonomiske avklaringer berørte om det var mulig å gjennomføre nødvendige tjenestetilbud. Diskusjoner om hvem som skulle beslutte tiltak opprettet og hvordan de skulle utformes, foregikk både internt og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Marthes familiebehandler uttalte:

«Er avlastningstiltaket et tilbud for Marthe eller foreldrene? Det var viktig. For barnevernet hadde ikke ansvar for foreldrene. Men, de har jo ansvar for tiltak som hjelper familien. (...) Det endte med at miljøarbeideren er det barnevernet som betaler og har ansvar for, mens avlastningstiltaket for øvrig er kommunens ansvar.»

Hvilke tiltak og tjenester som skulle tilbys brukerne var spørsmål som ikke bare handlet om økonomi og ressurser, men også om faglige diskusjoner. Diskusjonene kunne for eksempel dreie seg om hvem som skulle definere og beslutte hyppighet av terapitimer, antall timer booppfølging, type bolig, om terapeuten kunne pålegges å møte i ansvarsgruppa, behov for utvidet støttekontaktordning eller miljøterapi i hjemmet. Dette var avklaringer som var vesentlige for at planarbeidet skulle fungere. I planprosessene som omtales i gruppe 2 syntes det som om denne diskusjonen oftere foregikk uten forankring i IP og pasientens mål.

Koordinatorers ansvars- og myndighetsområde

Flere koordinatore og ledere fremhevet at koordinator måtte kunne ta beslutninger. Noen av koordinatorerne fungerte i et «ingenmannsland» uten mulighet for innflytelse på avgjørelsene om ansvarlige instanser, på definisjon av tiltaksbehov eller hvordan samarbeidet skulle foregå. Dette ble tydelig i Marthes tilfelle, der en kommunal tjenesteyter ved andre gangs intervju hadde påtatt seg koordinatorrollen, men ikke hadde innflytelse på hvordan tiltak skulle utformes og behov forstås.

Der koordinatorrollen fungerte best, lot utfordringer med hensyn til ressurser og ansvar seg faktisk løse. Oskar bodde i en avdeling der hovedkontakten

også var koordinator. Vedkommende hadde god systemoversikt, og hadde Oskars og ansvarsgruppas tillit når det gjaldt å drive prosessen med flytting til egen leilighet framover og legge føringer om hensiktsmessige tiltak. Disse ble tatt til følge av beslutningstakerne.

Utfordringer knyttet til hvem som i realiteten har makt til å beslutte et tiltak opprettet eller hvordan et samarbeid skal foregå, ble poengtert av flere tjenesteytere. I mange saker pågikk en forhandlingsprosess, både internt og mellom kommunal- og spesialisthelsetjenesten, eksempelvis om hvem som hadde ansvaret for å være koordinator eller utføre andre tiltak. En koordinator fra spesialisthelsetjenesten formidlet fra en planprosess:

«Det som virkelig trengs her er at de får koordinert sine egne tiltak i førstelinjen (...) Dette er en sak der de forskjellige enhetene i kommunen ikke er enige, og da har ikke vi makt og myndighet til å si at her må alle møtes (...) det står ikke klart og tydelig at det er en instans som skal ha ansvaret for dette, og det gjør det komplisert. Delt ansvar fungerer dårlig.»

2) Koordinatorers betydning for planarbeidet

Utforming av koordinatorrollen ble berørt av praktisk talt alle informantene. Som allerede nevnt mente de det var viktig å avklare ansvar og innflytelse. Informanter fra alle gruppene mente koordinatorers stabilitet og egnethet hadde stor betydning for at IP kunne fungere godt som et samhandlingsverktøy.

Stabilitet i koordinatorrollen

Koordinator skal i henhold til intensjonen med IP være en gjennomgangsperson over tid. Dette bød i mange tilfeller på utfordringer i dette materialet. Mange av tjenesteyterne pekte nettopp på betydningen av stabilitet i rollen som koordinator, men også på de utfordringene som følger med en generelt stor «turn-over» i hjelpeapparatet og med at organiseringen ikke tilsier at koordinator kan følge saken på tvers av avdelinger.

Ines var i slutten av tenårene og hadde et symp-

tombilde med uspesifikke utviklingsvansker, utagering, selvskading, psykosegjennombrudd, angst og depresjon. Foreldrene trengte i perioder avlastning fra å ha henne boende hjemme, og Ines var stadig på flyttefot mellom forskjellige barnevernintitusjoner, og mellom akuttavdelinger, utrednings- og intermedieposter innen psykisk helsevern. Det var utformet en IP, men den var i praksis aldri oppdatert med involverte instanser, mål og tiltak, siden disse var i stadig endring, og koordinator skiftet som oftest med hvor Ines var innlagt. I én lengre periode hadde Ines samme koordinator, men vedkommende ble ikke invitert på møter i avdelingen og koordinatorens kunnskap om Ines ble ikke etterspurt. Både Ines og de andre pasientene la vekt på at det var viktig å ha samme koordinator over tid og at eventuelle koordinatorskifter skulle gå gradvis.

Koordinators egnethet og legitimitet

Mange informanter berørte hvordan koordinator fylte rollen. Brukerne var primært opptatt av koordinators etterrettelighet og det relasjonelle aspektet, som at koordinator var tilgjengelig, gjorde det vedkommende sa og var en hyggelig person. Tjenesteyterne poengterte behovet for at koordinator var egnet og de ønsket en generell styrking av rollens legitimitet for å imøtekomme intensjonen med IP. En leder formidlet: «Jeg ser at folk blir provosert hvis det er en som er lavere ned i systemet, som begynner å styre og organisere.» Det kan være en utfordring når koordinator er «lavt på rangstigen». Flere ledere og koordinatører fremhevet at det å være koordinator i noen tilfeller betyr «å holde folk i øra», eller som en annen koordinator sa: «å være litt vaktbikkje, for å få tjenesteytere til å ta ansvar og gjøre det de sier de skal gjøre». En leder uttalte om maktubalansen som tidvis eksisterer mellom enkelte yrkesgrupper og forvaltningsnivåer: «Det er hierarkisk. At noen vet bedre (...) det fremmer ikke samarbeid, da blir man belærende og ikke undersøkende og spørrende».

En løsning mange trakk frem var at koordinatorrollen må gis formell myndighet og at rollen må inn som del av utdanning eller videreutdanning. Alle tjeneste-

yterne fremhevet behovet for en «oppgradering av rollen» i form av at ansvar og rolleutforming gis et definert innhold. En representant for en brukerorganisasjon uttalte:

«Jeg ville ansvarliggjort koordinatoren mye sterkere gjennom klare arbeidsinstrukser. Det skulle jo nettopp være et menneske som har en bred faglig opplæring, som hadde mandat og delegeringsmyndighet. (...) og de skulle vært skikkelig betalt.»

Informantene la vekt på personlig egnethet i tillegg til å gi rollen formell legitimitet: de mente at koordinator må være ryddig, ha oversikt, kjenne systemet, kunne delegerere og ha naturlig autoritet. Dette er viktige forutsetninger for at IP skal kunne møte intensjonen om bedre samhandling. En leder uttalte: «Du må ha trygghet og en del erfaring. Du kan ikke sette en nyutdannet på det.» En annen fremhevet: «Det kreves samarbeidskompetanse og relasjonskompetanse, og man må være rimelig strukturert og ha sansen for logistikk».

3) Brukers forutsetninger og ønsker

Informantene mente at aspekter ved brukerens situasjon og funksjon var vesentlig for at IP skulle fungere hensiktsmessig som samhandlingsverktøy. Dette handler om brukerens symptombilde, kognitive funksjon, innsikt, samarbeidsønske og -evne, og hvordan dette påvirker bruken av IP.

Brukers ønske om hjelp

Brukernes ønsker om hjelp og evne og vilje til samarbeid med hjelperne synes å spille inn på nytteverdien av IP. To av pasientene i gruppe 2 unndro seg for eksempel aktivt behandling i perioder. Dette gjorde både IP-arbeidet og behandlingen vanskelig.

Christian var tidlig i 30-årene og hadde både en alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet. Han hadde behov for betydelige hjelpetiltak for å fungere i hverdagen, men var svært ambivalent til å motta hjelp og «sa opp» sine hjelpere med jevne mellomrom. Det ble

utarbeidet en IP i forbindelse med en innleggelse. Den ble senere ikke fulgt opp fordi det var vanskelig å skaffe en koordinator og komme til enighet om botilbud og oppfølging. Christian selv var dessuten ambivalent til å motta hjelp og til å ha en IP. Pasientene i gruppe 1, derimot, ønsket som oftest hjelp, og de tilstrebet et fruktbart samarbeid med sine hjelpere.

Brukers forutsetninger for å nyttiggjøre seg en IP

Pasientene hadde, slik de formidlet sine erfaringer, forskjellige forutsetninger for å nyttiggjøre seg en IP-prosess. Noen var lite tilgjengelige for hjelpeapparatets intervensjoner og IP. De hadde problemer innen spekteret rus, psykososiale problemer, psykose og/eller utviklingsforstyrrelser. Dette handler om en pasientgruppe med behov for gode og stabile relasjoner til tjenesteytere som har mye tid og god kompetanse. Det kunne være vanskelig å imøtekomme brukere som hadde behov for ekstra tidkrevende oppfølging. Noen tjenesteytere manglet også kompetanse for den praktiske betydningen av de sammensatte vanskene denne gruppen hadde.

Helle, som var i begynnelsen av 20-årene, hadde en kompleks tilstand av emosjonelle vansker, utviklingsforstyrrelse og rusproblemer. Det var utarbeidet en IP som hun ikke kjente til. Hun kjente ikke begrepet ansvarsgruppe, men deltok på ansvarsgruppemøter når hun klarte det. Det var én person hun beskrev som møteleder og som hun visste kunne hjelpe med søknader og liknende innimellom, men hun måtte selv klare å ta kontakt, noe hun sjelden klarte. Koordinatorbegrepet kjente hun ikke til, og med unntak av fastlegen og behandler fra poliklinikken visste hun ikke navnet på øvrige møtedeltakere. *Helle* opplevde hjelpeapparatet som fragmentert og uoversiktlig, hun mente det var lite tilpasset hennes hjelpebehov, som handlet mest om praktisk bistand i hverdagen.

Diskusjon

Hovedelementene i hva dette prosjektet kan bidra med i forståelse av hva som hemmer og fremmer bruk av IP for økt samhandling og koordinering kommer frem i de tre hovedkategoriene i avsnittene foran. I de

to første kategoriene henger muligheten til å få til IP nøye sammen med en overordnet ytre struktur, det vil si helse- og sosialtjenestens organisering; med tilhørende lovverk, forvaltningsnivåer, etater og økonomiske rammer. Dette utgjør de ytre rammene rundt beslutninger med både faglige og økonomiske implikasjoner. Koordinators legitimitet og myndighet styres også i stor grad av hvordan tjenestene er organisert og er derved nøye knyttet til de samme rammebetingelsene. Sammen med den tredje kategorien, brukers forutsetninger og ønsker, er det rammebetingelsene og tjenesteyternes håndtering av utfordringene innen disse rammene, som legger premisene for hvordan bruken av IP kan bidra til økt samhandling og koordinering av tiltak og tjenester.

Det som fremmet bruken av IP i henhold til intensjonen⁹, var kort oppsummert at aktuelle tjenesteytere kom i gang med et gjensidig samarbeid og at pasientens etatstilhørighet og tjenesteyternes ansvarsforhold ble avklart tidlig. I noen tilfeller gjaldt det å avklare etatstilhørighet for ulike deler av pasientens behov, planer og tiltak, og at nødvendige ressurser var tilgjengelige. I tillegg var det viktig at koordinator «fylte» rollen med tilstrekkelig grad av beslutningsmyndighet, legitimitet og stabilitet for å få gjennomslag for tiltak brukerne selv ønsket; tiltak som samtidig var i overensstemmelse med faglige beslutninger. I motsatt fall strandet IP-arbeidet i mange saker, slik det var eksempler på i gruppe 2. Viktige ytre forutsetninger for planarbeidet måtte avklares før oppstart av IP-arbeidet for at verktøyet skal kunne brukes mest mulig i tråd med intensjonen.

I dette materialet går det frem at de tiltak som er tilgjengelige og måten helse- og sosialtjenestene er organisert på, ofte ikke kan imøtekomme informanternes mål og behov for individuelle tilpasninger. Dette er en gjenkjennelig problematikk også internasjonalt; etatene er ikke integrert, og alle jobber med hvert sitt utgangspunkt og mandat (Hutschemaekers, Tiemens & de Winter, 2007).

IP er ment å ta utgangspunkt i brukers mål, for deretter å få på plass nødvendige tiltak for å oppnå målene. Alle delene interagerer med hverandre, og hvis

man ikke klarer å utvikle hensiktsmessige tiltak, er det lite substans i planen. Manglende ressurser, tiltak og samhandling er oftere problemet enn en manglende IP i dette materialet.

Det har i andre sammenhenger blitt pekt på at effektiviteten av et verktøy er avhengig av den organisatoriske konteksten verktøyet skal virke i (Huby & Rees, 2005). Avklaring av hvem som har ansvar for hva er av grunnleggende betydning for at bruk av IP skal fungere etter planen. Like viktig er plassering av myndighet når det gjelder å beslutte ressursbruk når spesialtilpassede tiltak er nødvendig. Bruken av IP kompliseres av de generelle utfordringene organiseringen av tjenesteapparatet medfører. Det er gjerne flere barrierer som skal krysses, både barrierer mellom ulike etater og forvaltningsnivåer, og barrierer knyttet til faglig forståelse, kulturer, tradisjoner eller den økonomiske strukturen (Sigstad, 2004). I henhold til Rønning og Solheim (2005) kan hjelpeapparatet sees som et trehodet troll der både de politiske, byråkratiske og profesjonelle perspektivene skal tas hensyn til, uten at de nødvendigvis er samkjørt eller lytter til hverandre. I bruken av IP økes i tillegg potensialet for konflikt fordi tverretattlig samarbeid innebærer koblinger mellom kommunikasjonssystemer som i utgangspunktet er svært ulike. For å oppfylle intensjonen om IP som et samhandlingsfremmende verktøy må aktørene enes om en «oversettelse» alle kan stå inne for og forstå (Andersen, 2006).

De brukerne som oppnådde en planprosess de var fornøyd med, var i en situasjon der rammebetingelsene ble avklart tidlig. I tillegg ønsket de hjelp og de samarbeidet jevnt over bra med sine hjelpere. Til sammen medførte dette at disse brukerne lettere kunne nå målene sine og få de tjenestene de hadde behov for. Disse pasientene utfordret heller ikke systemet med behov for tiltak som ikke var tilgjengelige. Her skiller pasienter med psykiske lidelser seg imidlertid ofte fra brukergrupper som ikke i samme grad krever kontinuerlige tilpasninger på grunn av tilstandsbildets ustabilitet. Mennesker med en noe mer permanent tilstand, som for eksempel personer som har en psykisk utviklingshemming, er rullestolbrukere eller er blinde, er

det jevnt over mulig å tenke mer langsiktig rundt. Tjenesteapparatet er i for liten grad organisert med tanke på å behandle uavklarte og omskiftelige tilstander. Et til dels fragmentert behandlingssystem som ikke er tilrettelagt for koordinering og fleksibilitet, fører lett til at pasientene blir kasteballer i systemet, lik de som er representert i gruppe 2. Helhetlig behandling betyr én instans som kan ta ansvar over tid, og for mennesker med psykiske vansker er kontinuitet vesentlig. Pasientgruppen i denne studien mottar ofte et utilstrekkelig koordinert hjelpetilbud. Dette kommer også frem i internasjonal forskning, der det vises til organisatoriske utfordringer som oppstår i møte med sårbare pasientgrupper som har behov for kontinuerlige og fleksible tjenester fra mange tjenesteytende aktører (Grone et al., 2001; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Ouwens et al., 2005; Truman & Raine, 2002).

Praktiske implikasjoner

For at IP skal fungere som et samhandlingsfremmende verktøy for brukere med psykiske vansker, bør trolig helse- og sosialomsorgen organiseres annerledes. Systemene er i dag, både i Norge og andre europeiske land (Åhgren, 2007), organisert med selvstendige enheter, mens et helhetlig pasienttilbud fordrer gjensidig avhengighet mellom enheter og forvaltningsnivåer for å oppnå tilstrekkelig fleksibilitet. At noen brukere har behov for svært kostbare tiltak, vil uansett være en utfordring i et system med knapphet på ressurser. Men noen av de kampene som foregår mellom første- og andrelinjetjenesten når det er snakk om å utløse ressurser, bør det være mulig å organisere seg bort fra. Det er til syvende og sist den samme «pengesekken».

Det er behandlere og koordinator, sammen med pasient og pårørende, som kan vurdere hva som er egnede behandlingstiltak, men derfra til en beslutning kan det være langt. Dette er kostbart og ressurskrevende. Det å finne arbeidsmåter der forpliktende beslutninger kan tas raskt, må være hensiktsmessig for alle parter. Har bruker behov for tiltak som går utover de vanlige rammene, må personer med beslutningsmyndighet snarlig møtes. Ideelt sett, om enn

ikke helt realistisk i dagens helse- og sosialvesen, burde koordinator få delegert beslutningsmulighet til å avgjøre tiltak opprettet.

Det synes som om utfordringene er særlig store når vi kommer til pasienter med sammensatte lidelser. Hvordan tjenestene skal organiseres for å imøtekomme hele mennesket er derfor et betimelig spørsmål. Det synes å være et manglende ansvar for helheten, og til tross for intensjonene bak innføring av IP behandles «delene» fortsatt hver for seg.

I januar 2012 ble Samhandlingsreformen innført i Norge (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Reformen er ment å imøtekomme behovet for helhetlige og koordinerte tjenester. Både i lovverket, i NOU 2004:18 og i Samhandlingsreformen er det nedfelt at etatene skal samkjøre hjelpetiltakene, og at IP er tiltenkt å avklare ansvarsforhold mellom tjenesteytende aktører. Som det går frem av dette prosjektet, bidrar ikke bruk av IP i nevneverdig grad til slik avklaring. Problemet med uavklarte rammebetingelser vil trolig fortsette å utfordre behandlingsapparatet så lenge et for-

valtningsnivå ikke har instruksjonsmyndighet overfor et annet. På den annen side ville instruksjonsmyndighet på tvers av etater, lovverk og forvaltningsnivåer ikke nødvendigvis vært en enkel løsning i praksis. Da måtte det i så fall fulgt ressurser med instruksjonen; som for eksempel at det fulgte penger med hver pasient der samhandling og tiltak er på plass. Alternativt kan det opprettes frie innsatsmidler til bruk i de mest komplekse planprosessene, for eksempel for å sette inn en spesialisert koordinator med beslutningsmyndighet, som en form for «intensive case management» (Neale & Rosenheck, 1995) eller et ACT-team som kan følge bruker over tid (Burns et al., 2001). En koordinator eller et ACT-team måtte i så fall kun arbeide med et fåtall pasienter og ha god fagkunnskap. De måtte i tillegg ha mulighet til å gi tett oppfølging på brukers premisser, for eksempel ved å være tilgjengelige når brukeren selv er tilgjengelig for koordinator. Dette bryter i så fall med de vante rammene for organiseringen av helse- og sosialtjenestene.

NOTER

- I) I artikkelen vil både bruker og pasient brukes som synonyme begreper, litt avhengig av kontekst.
- II) I begrepet planprosess inkluderes både det å utforme en skriftlig plan og prosessen der den er i bruk.
- III) I noen intervjuer er det to personer til stede samtidig, slik at antall intervjuer og antall personer ikke stemmer overens.
- IV) Navnene som brukes i artikkelen er fiktive, men beskrivelsene er reelle og ikke skapte kasus.
- V) Intensjon henspiller her på intensjonen om økt samhandling, koordinering og helhet og ikke på intensjonen om økt brukermedvirkning, som berøres i andre artikler.

SUMMARY

Individual Plan (IP) is a tool to improve coordination, cooperation and user-participation for people in need of extended health- and social services. This paper is focused around what promote or hamper IP to function as intended in a group of young adults receiving mental health treatment and care. Patients, relatives, service providers, representatives from user-organisations and managers within mental health care were interviewed in this qualitative study. IP seems to be best functioning when there is a good match between the patients' needs and the possibilities the service providers possess. Use of IP does not solve any organisational barriers like an unclear responsibility for measures, lack of possibility to make decisions or lack of resources. The coordinator's role, in the meaning of stability, legitimacy and relational competence is important for a well-functioning plan. The patients' condition and wish for participation are also part of the picture when valuing how IP does function.

Keywords: Individual Plan, collaboration, coordinated care, youth, mental health care.

REFERANSER

- Andersen, Nils Åkstrøm** (2006). *Partnerskabelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bjerkan, Jorunn & Albert Alonso** (2010). *Patients and professionals in collaborative testing of a web-based tool for integrated care: an evaluation study*. Unpublished work.
- Bjerkan, Jorunn, Marie Richter, Anders Grimsmo, Ragnhild Hellesø og Jytte Brender** (2011). Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*, 11, e001. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21637705>
- Burns, Tom, Angelo Fioritti, Frank Holloway, Ulf Malm og Wulf Rössler** (2001). Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), side 631-636.
- Costongs, Caroline & Jane Springett** (1997). Towards a Framework for the Evaluation of Health-related Policies in Cities. *Evaluation*, 3(3), side 345-362.
- Giorgi, Amedeo** (1994). A Phenomenological Perspective on Certain Qualitative Research Methods. *Journal of Phenomenological Psychology*, 25(2), side 190-220.
- Grone, Oliver, Mila Garcia-Barbero og WHO European Office for Integrated Health Care Services** (2001). Integrated care: a position paper. *International Journal of Integrated Care*, 1(1.June), e21. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16896400>
- Hansen, Gunnar Vold** (2007). *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Fakulteten för ekonomi, kommunikation och IT. Arbetsvetenskap, Karlstads Universitet.
- Holck, Gidske** (2004). *Kommunenes styring av komplekse oppgaver. Kommunal tverretattlig tjenesteyting overfor barn og unge med funksjonsnedsettelser*. Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Holloway, Frank og Jerome Carson** (2001). Case Management: An Update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), side 21-31.
- Holum, Lene C.** (2010). Individuell Plan som verktøy for brukervedvirkning: En evaluering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, side 326-328.
- Holum, Lene C.** (2012a). «Individual plan» in an empowering and interactional perspective. A qualitative study of individual plans within Norwegian mental health services. *Nordic Psychology*, 64(1), side 44-57. Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19012276.2012.693725>.
- Holum, Lene 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). Hentet fra <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-112887/1543>
- Huby, Guro. og Gwyneth Rees** (2005). The effectiveness of quality improvement tools: joint working in integrated community teams. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(1), side 53-58. doi:10.1093/intqhc/mzi003
- Humerfelt, Kristin** (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan - anerkjennelse og krenkelse*, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

- Hutschemaekers, Giel. J.M., Bea G.Tiemens og Micha de Winter** (2007). Effects and side-effects of integrating care: the case of mental health care in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, 7, e31. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17786180>
- Kodner, Dennis L. og Cor Spreeuwenberg** (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16896389>
- Leichsenring, Kai.** (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, e10. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16773149>
- Malterud, Kjersti.** (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring. (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Neale, Michael S. og Robert A. Rosenheck** (1995). Therapeutic Alliance and Outcome in a VA Intensive Case Management Program. *Psychiatric Services*, 46(7), side 719-721. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7552565>
- NOU 2001:22.** *Fra bruker til borger: en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- NOU 2004:18.** *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- Ouwens, Marielle, Hub Wollersheim, Rosella Hermens, Marlies Hulscher og Richard Grol** (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), side 141-146. doi:10.1093/intqhc/mzi016
- Patton, Michael Quinn.** (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3. utg.). London: SAGE Publications.
- Ramsay, Angus & Naomi Fulop** (2008). *The evidence base for integrated care*. Hentet fra http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/ICN/ICN_advice/The_evidence_base_for_Integrated_care.pdf
- Rose, Diana.** (2008). *Thematic and Content Analysis for Qualitative Research*. Slide from workshop at Kings College University, London.
- Rosen, Alan og Maree Teesson** (2001). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Australien and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), side 731-746.
- Rønning, Rolf & Liv Johanne Solheim** (2005). *Hjelp på egne premisser? Om brukervedvirkning i velferdssektoren* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sigstad, Hanne Marie Høybråthen.** (2004). Brukervedvirkning alibi eller realitet? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 124(1), side 63-64. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/953601>
- Sledge, William H., Boris Astrachan, Ken Thompson, Jaak Rakfeldt og Philip Leaf** (1995). Case Management in Psychiatry: An Analysis of Tasks. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), side 1259-1265. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7653678>
- Sosial-og helsedirektoratet** (2006). *Brukervedvirkning psykiske helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse* (IS-1315). Oslo.
- Sosial-og helsedirektoratet** (2010). *Individuell Plan 2010, Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo.
- St.meld. nr. 21** (1998). *Ansvar og meistring: mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo. Statens forvaltningstjeneste, trykksakavdelingen.
- St.meld. nr.47** (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett til behandling på rett sted til rett tid*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, trykksakavdelingen.
- St.meld. nr. 25** (1996-97). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo.
- Sverdrup, Sidsel.** (2007). *Brukervedvirkning i psykisk helsearbeid: Sammenstilling av resultater fra fem prosjekter*. Diakonhjemmets høgskole (Rapport 2007/02).
- Sverdrup, Sidsel, Trine Monica Myrvold og Lars B. Kristofersen** (2007). *Brukervedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. NIBR-rapport 2007:2. Oslo: Norsk institutt for by-og regionsforskning (NIBR).
- Truman, Carole og Pamela Raine** (2002). Experience and meaning of user involvement: Some explorations from a community mental health project. *Health and Social Care in Community*, 10(3), side 136-143.
- Watts, Jay og Stefan Priebe** (2002). A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics*, 16(5), side 439-454.
- WHO** (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva.
- WHO** (2005). *Promoting Mental Health. Concepts Emerging Evidence Practice*.
- Ziguras, Stephen J. og Geoff W. Stuart** (2000). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatric Services*, 51(11), side 1410-1421. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11058189>
- Zwarenstein, Merrick, Scott Reeves, Sharon E Straus, Patricia Pinfold og Joanne Goldman** (2009). *Case Management: Effects on professional practice and health care outcomes* (Editorial Group: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group) (Publication no. DOI: 10.1002/14651858.CD002797). Hentet 2004 <http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search/citation/exportOne>
- Åhgren, Bengt.** (2007). *Creating Integrated Health Care, Nordic School of Public Health*. Gøteborg, Sweden.