



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**Hvilken betydning kan medvirkning i arbeidet med Individuell plan ha for mennesker med depresjon.**

**Romfo, Guri Ramsvik.**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 43.**

**Molde, 30.05.2013.**

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Brask Ole David.

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 30.05.2013

**Antall ord: 9106.**

## **Forord**

Recovery as a journey of the heart.

Our role is not to judge who will and will not recover. Our job is to create environments in which opportunities for recovery and empowerment exists. Our job is to establish strong, supportive relationships with those we work with. And perhaps most of all, our greatest challenge is to find a way to refuse to be dehumanized in the age of managed profit, and to be bold and brave and daring enough to remain human hearted while working in the human services.

Patricia Deegan (1995)

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hvorfor er dette temaet relevant for vernepleieren?.....	2
1.3	Disposisjon av oppgaven.....	3
<b>2.0</b>	<b>Problemstilling.....</b>	<b>4</b>
2.1	Begrunnelse.....	4
2.2	Definisjoner av begrep i oppgaven.....	5
2.3	Avgrensning.....	6
<b>3.0</b>	<b>Metode.....</b>	<b>7</b>
3.1	Validitet.....	7
3.2	Relabilitet.....	8
<b>4.0</b>	<b>Hoveddel.....</b>	<b>9</b>
4.1	Historikk IP.....	9
4.2	Lovgrunnlaget for IP.....	10
4.3	Intensjoner ved IP.....	12
4.4	Innholdet i en IP.....	12
4.5	Prosessen i arbeid med IP.....	13
4.6	Dagens situasjon.....	14
4.7	Depresjon.....	15
4.8	Makt.....	18
4.9	Mestringsteori.....	21
<b>5.0</b>	<b>Drøfting.....</b>	<b>24</b>
5.1	Presentasjon av funn.....	24
5.2	Når har men rett på IP.....	25
5.3	Depresjon.....	27
5.4	Terapeutiske effekter i forhold til IP.....	27
5.5	Makt.....	28
5.6	Relasjoner.....	30
5.7	Mestring i arbeid med IP for mennesker med depresjon.....	31
<b>6.0</b>	<b>Avslutning.....</b>	<b>33</b>
6.1	Konklusjon.....	33
<b>7.0</b>	<b>Kilder:.....</b>	<b>35</b>

## **1.0 Innledning.**

Temaet for denne oppgaven er Individuell plan og mennesker med moderat depresjon.

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema.***

Iselin(anonymisert) gav meg en opplevelse av hvordan man kan bruke sin individuelle plan for å synliggjøre sine egne målsettinger ovenfor et stort og omfattende hjelpeapparat. Hun har slitt med depresjon i flere år og brukt rusen som en form for selvmedisinering. Iselins hovedmål var å skaffe seg en bolig. Et delmål var å ha en hund. Disse målene var ikke de målene som behandlingsapparatet hadde sett for seg. Boligen og hunden hjalp Iselin til å redusere sitt rusbruk og hun har meldt seg inn i den lokale hundeklubben. De deltar på hundetrening og sosiale aktiviteter sammen med andre hundeeiere.

Individuell plan(IP) ble tatt inn i lovverket i 2001. Noe av formålet med IP er å gi brukeren styringen av sitt eget behandlingsløp og bedre koordinering av tjenester i mellom de ulike instansene i hjelpeapparatet. Samhandlingsreformen 2012 har styrket lovverket i forhold til kommunenes og spesialisthelsetjenestens plikt til å initiere arbeid med IP. Erfaringer med IP er at det er langt fra alle som har et behov som får tilbud. Om de har IP er det ikke uvanlig at den ikke blir brukt etter intensjonene. Her kan jeg se tilbake på tidligere yrkeserfaring og opplevelser i praksis der jeg har møtt mennesker som har behov for IP og som ikke har fått tilstrekkelig informasjon fra tjenesteytere til å kunne se IP som et hjelpemiddel for å tilrettelegge sitt tjenestetilbud over tid.

Depressive lidelser er i ferd med å bli den ledende årsak til sykdom i den vestlige verden, og medfører et stort tap av livskvalitet og leveår. Depresjon medfører store personlige omkostninger både for de som rammes og deres pårørende (Helsedirektoratet 2009,1).

Yrkesetisk grunnlagsdokument for vernepleiere sier at vernepleieren skal bidra til å myndiggjøre brukere. Dette vil innebære at bruker får hjelp til å mobilisere og å ta i bruk

sine egne ressurser og ved det kan oppleve mestring og opplever å ha innflytelse og styring over eget liv (Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere 2002,3,3). Iselins forståelse av hverdagen som en uendelighet av tid uten noen opplevelser av sammenheng og mestring ga meg noen tanker om hvor viktig det er å eie sine egne målsettinger. Å møte opp på behandling og samtaler uten å ha noen faste holdepunkter. Å oppleve at man blir henvist hit og dit og at kravene som stilles ikke er håndterbare og forståelige. Her leier Iselin sin egen leilighet og hun har tatt ansvar for en hund. For henne medvirket det til å få en forståelse av meningsfullhet og hun brukte tid og ressurser på og løse sine utfordringer. Her kan man se det som et tiltak som er utformet for å ha det bra, kan bli sentralt for å bli bedre. Her ser man de ressursene Iselin innehar og ikke bare den problematikken som diagnosen innebærer. Mestring dreier seg for meg om å bruke ressursene man har og ikke den forståelsen som ligger i en diagnose. Forståelsen av depresjonen er det Iselin som kan fortelle meg om da hennes subjektive opplevelse ikke kan beskrives av andre enn henne selv.

## ***1.2 Hvorfor er dette temaet relevant for vernepleieren?***

Vernepleierens jobb kan være å bistå mennesker med depresjon, her ser jeg hvordan vi kan bruke IP som et mestringsverktøy i forhold til utfordringer som medfølger det å ha diagnosen depresjon.

I prosessen med å utarbeide IP ser jeg likheter med arbeidsmetodikken i vernepleierens helhetlige arbeidsmodell. Her er det å se utfordringer å kartlegge og analysere en del av metoden. Videre blir det satt ned hovedmål og delmål i samarbeid med bruker, her skal det dokumenteres hvem som har ansvar og det skal tidfestes når evaluering skal skje.

Vernepleierens kunnskaper om kartlegging innen forskjellige livsområder kan ha en effekt i forhold til å delta i samarbeid med bruker om IP.

Ved å bruke teori vil jeg forsøke å forklare hvordan vi som hjelpere kan bidra til at mennesker med depressive lidelser kan styrke sin mestring ved å sette sine egne målsettinger. Ved å sette sine egne målsettinger kan det bidra til en følelse av økt livskvalitet.

Rammeplan for vernepleierutdanningen sier at formålet med vernepleierutdanningen er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habilitering- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester (Rammeplan for vernepleierutdanningen 2005,4).

### ***1.3 Disposisjon av oppgaven.***

Som forord har jeg valgt et sitat som for meg omhandler vår rolle som tjenesteytere og hvordan vi kan bidra til at de som har behov møter oss som støttende og varme medmennesker. Innledningen inneholder hvorfor jeg valgte dette temaet og hvilken relevans det kan ha til vernepleieryrket.

Kapittel 2 beskriver problemstillingen og begrunner mitt valg av problemstilling. Her blir det definert sentrale begrep i oppgaven. I kapittel 3 beskrives og begrunnes de metoder jeg har valgt. Forforståelse, validitet og relabilitet blir kommentert og drøftet. Hoveddelen av oppgaven blir kapittel 4, hvor jeg presenterer de teorier og modeller jeg har valgt. Videre presenterer jeg mine resultater og analyserer og drøfter dem. I kapittel 5 Kapittel 6 vil være avslutningen av oppgaven. Her følger en kort oppsummering og en konklusjon.



## **2.0 Problemstilling.**

Hvilken betydning kan medvirkning i arbeidet med IP ha for mennesker med depresjon?

### ***2.1 Begrunnelse.***

Møtet med Iselin gjorde et sterkt inntrykk på meg og har gitt meg en forståelse av hvor viktig det er å være en aktiv deltager i forhold til tjenesteapparatet. Jeg har i disse tre årene ved høyskolen hatt praksis på ulike plasser både i første og- andrelinjetjenesten. Her har jeg forespurt hvordan de bruker IP og det har vært delvis forstemmende opplevelser. Noen har ikke sett planen i det hele tatt, de vet det var arbeidet med en plan i 2001 men hvor det er blitt av den har de ingen anelse om. Dette temaet er blitt mer aktuelt for meg i forbindelse med en ansvarliggjøring i lovverket som gir oss som helsepersonell plikter i forhold til å medvirke i arbeidet med IP. Men det som er den viktigste drivkraften er hvordan Iselin ved å bruke sin styrke, satte målsettinger som ga henne en forståelse og mestring av sitt eget liv. Iselin satte små målsettinger og ble en deltaker i sitt eget liv.

## **2.2 Definisjoner av begrep i oppgaven.**

Bruker blir brukt i oppgaven, her ser jeg bruker som sidestilt med borger med de samme plikter og rettigheter som borgere i samfunnet og ser brukerrollen som aktiv, deltakende og påvirkende(fagplan for vernepleiere).

Pasient og brukerrettighetsloven definerer bruker som en person som anmoder eller mottar tjenester omfattet an helse og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c (Pasient og brukerrettighetsloven 2012).

Helse og omsorgstjenesteloven § 7-1 beskriver individuell plan som et arbeidsredskap for å bidra til et helhetlig tilbud for den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester(Helse og omsorgstjenesteloven). Forskriften for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 16 og § 17 utdyper videre at planen ikke skal utarbeides uten samtykke og at det skal legges til rette for at bruker skal delta i arbeidet med sin plan(For 2011-12-16)

Depresjon kjennetegnes på et senket stemningsleie, mangel på interesse og glede over de fleste aktiviteter, tretthet og nedsatt energi. Negative tanker er dominerende der man blir selvkritisk og pessimistisk og husker det negative på bekostning av det positive(Helsedirektoratet 2009, 9).

### **2.3 Avgrensning.**

Jeg har valgt å begrense oppgaven til å omhandle depresjoner, og vil se om det er mulig å oppnå forståelse av sin egen situasjon i forhold til arbeid med IP. Her ser jeg det i forhold til at vi må ha forståelse før vi kan oppleve mestring. Dette velger jeg etter å ha satt meg inn i Aaron Antonovskys teorier, som belyser hvordan motstandskraften vår avhenger av i hvilken grad vi opplever tilværelsen som forståelig, håndterbar og meningsfull (Antonovsky 2012).

Her velger jeg å avgrense depresjon til å omhandle moderat til alvorlig depresjon. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjoner innen primær og spesialist-helsetjenesten sier om behandling av mild til moderat depresjon at denne gruppen kan ha nytte av kortvarig behandlingstilbud i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet 2009,51). Denne gruppen vil da ikke kunne benytte seg av IP, da det er brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester som har rett på å få utarbeidet IP (Helse og omsorgstjenesteloven § 7-1.). Det er ulike anbefalinger for behandling av depresjon, dette er vurderinger som foretas av enten lege i primærhelsetjenesten eller henvises videre til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2009, 50ff). Her er det viktig å avgrense i forhold til at IP er et supplement eller en del av behandling og at det er viktig å se at vernepleieren er en del av et tverrprofesjonelt behandlingssystem.

### **3.0 Metode.**

Metode er de måter vi velger for å frembringe kunnskaper som vil belyse en sak.

Aubert definerer metode i Dalland på denne måten.

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland 2007,83).

Problemstillingen i oppgaven dreier seg om å forstå og å skape mening dette er begrep som man kjenner fra kvalitative metoder. Kunnskapen som blir samlet inn er basert på subjektive beskrivelser og går i dybden. Mine valg av litteratur er farget av min forforståelse og mine verdier. Ved å tolke materialet blir jeg en del av forståelsen.(Dalland 2007,84ff). Hermeneutikk dreier seg om å tolke og å forstå. Skal jeg arbeide med mennesker, er det å forstå mennesket grunnleggende for å oppnå en relasjon. Hermeneutikken veksler mellom å se delene og helheten, ved å pendle mellom disse kan vi utløse nye spørsmål. Vår egen forforståelse og teori om emnet er med i våre tolkninger og gir en annen forståelse av emnet(Dalland 2007,58).

### **3.1 Validitet.**

Jeg vil forsikre meg om at de kildene jeg bruker er relevante og gyldige i forhold til problemstillingen. Min studie er en litteraturstudie. Her vil det å bruke primærkilder sikre gyldigheten. Dalland sier at ved å bruke primærkilder kan man unngå andres fortolkninger og unøyaktigheter i teksten (Dalland 2007,284). Antonovskys teorier om salutogonese er referert i litteratur som vi har som pensum. Ved å bygge på Atononovskys bøker unngår jeg andres fortolkning av hans tekst.

Ved å bruke teoretiske artikler må jeg ha en bevisst holdning til kvalitetssikringen. De undersøkelser jeg bruker i oppgaven bør være av slik art at de er generaliserbare.

Generalisering vil bety at det ikke er en enkeltopplevelse, men at det vil være gyldig i flere situasjoner og for større deler av en mengde. Som Dalland beskriver som « det innebærer at vi må bevege oss fra det spesielle vi har opplevd, og forsøke å se i hvilken grad det er gyldig i lignende situasjoner» (Dalland 2007, 126).

Jeg har brukt søkemotorer som Bibsys og google scholar. I tillegg bruker jeg offisielle nettsider som helsedirektoratet, helsebiblioteket og regjeringen.

### ***3.2 Relabilitet.***

Relabilitet handler om pålitelighet og at målinger må utføres korrekt (Dalland 2007,50). Garsjø sier at vi får en høy pålitelighet om man får det samme resultat eller tilnærmet likt ved uavhengige målinger (Garsjø 2001, 124). Hermeneutiske metoder er basert på en tolkning av tekst og der forforståelse er erkjent som en faktor som innvirker på tolkningen. En erkjennelse av disse påvirkningene vil medføre at senere uavhengige målinger ikke vil gi det samme resultat. Min forforståelse er endret som følge av den forrige målingen og konteksten er forandret. Løkensgard(1987) sier i Garsjø.

Objektivitetskravet kan derfor best imøtekommes ved at disse forutsetningene erkjennes og tas hensyn til, samtidig som åpenhet og nøytralitet tilstrebes og metodiske regler brukes så langt det samsvarer med analysen (Garsjø 2001,126).

## **4.0 Hoveddel.**

Jeg starter med et blikk bakover i vår nære historie for å vise at oppstarten av individuelle planer(IP) har forankring i borgerrettighetsbevegelsen og som en del av en samfunnsøkonomisk satsing. Her viser jeg videre til lovverket som omhandler IP og synliggjør noen utfordringer i forhold til at makt er i ferd med om å bli omdefinert fra tjenestyttere med all makt til bruker med sterke rettigheter i forhold til påvirkning i egen behandling. Depresjon er i ferd med å bli en ny folkesykdom. Å mestre sitt eget liv og få en forståelse for hvordan livet skal fortsette med denne ekstra ballasten ser jeg i forhold til mestringsteoretikere og faglitteratur om depresjon. Det å tilrettelegge for mestring vil være en vernepleiefaglig oppgave og det å arbeide med IP kan ha en betydning som en relasjonell prosess.

### **4.1 Historikk IP.**

Bakgrunnen for IP kan sees i forhold til empowerment bevegelsen der formålet er å bringe makt tilbake til de avmektige. Bevegelsen har sitt utspring i den amerikanske borgerrettsbevegelsen på 1970 tallet, som en motstand mot den etablerte tenkningen som opplevdes som umyndiggjøring og undertrykkelse av marginaliserte grupper. I 1990 årene er dette blitt et grunnleggende element i omsorgspolitikken (Askheim 2003, 102 f).

Forandringer i befolkningsutvikling og endringer av sykdomsbilde gir også store samfunnsøkonomiske utfordringer (St.meld.nr. 47,14). Som en følge av disse utfordringene er det blitt gjennomført reformer etter modeller av privat næringsliv for å øke effektiviteten og arbeide mer målrettet som New Public Management(NPM) er et eksempel på i den vestlige verden. Et av elementene ved NPM er en økt brukerstyring, der de tjenester som etterspørres vil stille økte krav til kvalitet fra det offentlige. Her er det en endring fra en passiv mottaker til en aktiv kunde som stiller krav ut fra sine egne behov (Ramsdal og Skorstad 2004, 66 f).

Det ble det vedtatt en styrking av brukers rettigheter i forhold til å sette målsettinger og til å delta aktivt i sin behandling ved å lovfeste rettigheter om IP i 2001. Endringer i lovverket i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen i 2012 styrker rettigheten ved å plassere ansvaret for planarbeidet på en tydeligere måte.

## ***4.2 Lovgrunnlaget for IP.***

Her har jeg sett på det lovverket som omfatter IP i forhold til å yte tjenester til et menneske med diagnosen depresjon. Har det vært i forhold til barn ville det vært brukt annet lovverk der det også beskriver hvilket ansvar tjenesteytere har i forhold til å utarbeide IP.

### Pasient og brukerrettighetsloven.

Rett til IP er hjemlet i pasient og brukerrettighetsloven § 2-5. Her sies det at den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet IP i samsvar med bestemmelser i helse og omsorgsloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven( Pasient og brukerrettighetsloven 2012).

Der det gis en rettighet vil det utløse en plikt i forhold til annet lovverk.

### Helse og omsorgstjenesteloven.

Kapitel 7 i helse og omsorgsloven beskriver det kommunale ansvaret i forhold til å utarbeide, utnevne koordinator og beskriver arbeidsområder for koordinerende enhet. Er det behov for tjenester både etter den kommunale helse og omsorgsloven og spesialisthelsetjenesteloven vil det være et kommunalt ansvar å utarbeide IP. (Helse og omsorgstjenesteloven 2012).

### Spesialisthelsetjenesteloven.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 beskriver hvilket ansvar helseforetakene har i forhold til å utarbeide IP for sine pasienter. Helseforetaket har her en plikt til å varsle og å medvirke i

det kommunale arbeidet med IP. Spesialisthelsetjenesteloven sier hvordan helseforetaket plikter å utnevne koordinator og dens ansvarsområder. Her spesifiserer loven at koordinator bør være lege. Videre blir det beskrevet koordinerende enhet hvor det synliggjøres at det skal være kunnskap om og oversikt over det arbeidet som skjer innen helseforetaket og i kommunene med habilitering, rehabilitering og arbeid med IP og det gis et ansvar for opplæring og oppfølging av koordinatorene (Spesialisthelsetjenesteloven 2012).

#### Helsepersonelloven.

Helsepersonelloven § 38 sier at vi som helsepersonell snarest plikter å gi melding om behov for IP, her sies det at meldingen skal gis til koordinerende enhet i den delen av helsetjenesten vi har vår tjeneste (Helsepersonelloven 2012).

#### Psykisk helsevernloven.

Innen psykisk helsevern § 4-1 defineres det hvilket ansvar tjenesten er ilagt, her synliggjøres det ansvaret som ligger til den kommunale tjenesten og påpekes at det skal samarbeides ved behov (Psykisk helsevernloven 2012).

#### Arbeids og velferdsforvaltningsloven.

Lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen §28 gir bestemmelser om å utarbeide IP, her presiseres det i samarbeid med tjenestemottaker, § 42 utdyper samarbeid til å delta i utforming og det skal legges stor vekt på vedkommende ønsker (Arbeids og velferdsforvaltningsloven 2011).

#### Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Forskriften er utarbeidet som en utdyping /forklaring til lovverket som beskrevet ovenfor. Her sier § 1 at formålet er å sikre at de som har behov for tjenester skal tilbys og ytes tjenester til som kan bidra til blant annet økt mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Videre fremkommer det § 16 at IP ikke gir større rettigheter til helse og omsorgstjenester enn det som fremkommer av det øvrige regelverk (FOR 2011-12-16 nr. 1256).



### Personlig koordinator.

Her fremkommer det videre at den personlige koordinatoren er en av de største fordeler med IP, da brukere med behov for langvarig og koordinert hjelp får en tjenesteyter og forholde seg til. Her sies det at det er en forutsetning at koordinatoren forstår at det er livet til brukeren det handler om og ikke en planprosess (Thommessen, Normann og Sandvin 2008, 186)

### **4.3 Intensjoner ved IP.**

- Brukeren får styrket sin selvbestemmelse og innflytelse, og sikres at tjenestene blir utformet etter den enkeltes behov.
- Ansvarligjør den enkelte sektor og etater og sikrer samarbeid mellom de ulike aktørene som yter tjenester.
- Styrke samhandlingen mellom bruker, tjenesteyter og eventuelt pårørende.

### **4.4 Innholdet i en IP.**

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 19 beskriver innholdet i en IP.

- Innholdet skal tilpasses den enkelte bruker, og det skal tas hensyn til etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.
- Den skal inneholde brukerens mål, ressurser og behov for tjenester, videre hvem som deltar i planarbeidet og navnet på koordinator.
- Tiltak skal beskrives og aktualiseres og det skal beskrives hvordan de skal gjennomføres og det skal ansvarliggjøres hvem som skal utføre tiltaket.
- Planen skal inneholde en oversikt over hva bruker, tjenesteyter og bidragsytere og eventuelt pårørende vil bidra med i arbeidet.
- Revisjoner, justeringer og en angivelse av tidsplan skal være synliggjort i planen.

- Planen skal inneholde brukerens samtykke til planarbeidet og eventuelt samtykke til at taushetsbelagte opplysninger kan formidles til deltakere i planleggingen.
- En beskrivelse over nødvendig eller ønsket samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater. (For 2011-12-16 nr. 1256).

Kjellevold gir en utdyping av lovteksten som beskriver langvarige, sammensatte og koordinerte behov. Kravet om langvarige tilsier at behovet skal strekke seg over et vist tidsintervall men det er ikke spesifisert om det er over antall måneder eller år, her kan det gjelde for ulike typer hjelp i det tidsrommet som blir skissert. Koordinerte tjenester må forstås som om personene har behov for to eller flere tjenester og at disse må eller bør sees i sammenheng. Kjellevold presiserer at det vil være uriktig å se snevert på personens rettigheter til helse og omsorgsrettigheter. Formålet til IP er å oppnå en langsiktig tenkning og en helhet i tjenestetilbudet. Her er det viktig å se en helhet og å trekke inn andre typer tjenester og tiltak (Kjellevold 2009, 23 f).

Nasjonale helseplan beskriver IP som et sentralt virkemiddel for å bidra til et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Her synliggjør de at fastlegen har et ansvar for å informere aktuelle pasienter om IP. Her er det i forbindelse med undersøkelser om pasientforløp mellom ulike instanser fremkommet tydelige brudd, blant annet mangelfull bruk av IP (Nasjonale helseplan 2010,90).

#### ***4.5 Prosessen i arbeid med IP.***

Her kan prosessen mellom de ulike aktørene være like viktig som planen, og det kan oppnås en langsiktig og helhetlig tenkning der man sikrer at brukers selvbestemmelse blir ivaretatt (NOU 2004:18, 90ff).

Trefjord og Hatling( 2004) har utført en undersøkelse hvor de viser til erfaringer med IP innen psykisk helse. Her sier flere tjenesteytere at IP kan bidra til terapeutiske effekter hos

brukerne, som bedre selvtillit, større tro på egne ressurser og et sterkere håp om positive endringer. Her tilskrives disse effektene at tjenesteyter viser respekt, lytte og at ønsker, mål og ressurser blir tatt på alvor gjennom å reflektere og å gjøre vurderinger sammen med bruker (Trefjord og Hatling 2004,20).

Hollingen( 2008) har i en undersøkelse om bruk av nettbasert IP beskrevet hvordan brukere ser nytten av IP. Her beskrives det som å være sjef i planarbeidet, kunne være til hjelp i forhold til å hindre innleggelses, og ved å fungere som en plan for livet. En bruker beskriver hvordan IP har terapeutiske virkninger da hun bruker den nettbaserte planen til å skrive ned sin tanker før og etter behandling og dele de med tjenesteyterne. Her sier informantene at de ved å bruke individuell plan har funnet en ny måte å jobbe på som har gjort at livet har endret seg til det bedre. Det beskrives som en form for egenerapi og en utvidet terapeutisk mulighet (Hollingen 2008, 39 ff).

IP blir til gjennom samhandling mellom bruker og tjenesteyter, her er utgangspunktet at bruker skal bidra aktivt i planprosessen. Her vil det være en forutsetning at det er en forståelse av et likeverd mellom bruker og tjenesteyter.

#### ***4.6 Dagens situasjon.***

Helsedirektoratet har samlet en del tall som synliggjør dagens situasjon i arbeid med IP.

- 2006 nær 30 % av kommunene oppfyller ikke lovkravet til arbeidet med IP.
- 2007 riksrevisjonen dokumenterer ved et tilsyn i barne- og ungdomspsykiatrien med en gjennomgang av 220 journaler at det er kun er 3 % som har en dokumentert bruk av IP.

#### Organisering i kommunene.

Thommesen, Normann og Sandvin (2008) sier at flere kommuner omorganiserer sine tjenester noe som kan medføre oppsplitting i flere resultatenheter, som igjen kan gjøre det problematisk å finne frem i systemet for de som har behov for koordinerte tjenester. En måte og omorganisere på som stadig flere kommuner går over til er bestiller og utførerenheter. Her er det en enhet som mottar bestillingen og vurderer om behovene er

legitime. Utføreren vil være tjenesteyter eller avdeling som får en bestilling i forhold til en bruker og den vil være definert av bestiller. De sier at deres hovedinntrykk er at det er kommunene som tar hovedansvaret for arbeidet med IP eller nærmere bestemt en koordinator og at det i det store og hele er forbausende hvor liten rolle andre instanser spiller i de planprosessene de har innblikk i. (Thommesen, Normann og Sandvin 2008, 157ff).

Det vises til at mange kommuner er kommet godt i gang med arbeidet med IP men det er mange som enda har et arbeid å gjøre før rettigheten til IP er innfridd og at ordningen med IP fungerer etter intensjonen (Helsedirektoratet 2010, 10 ff). Her ser vi som Thommesen, Normann og Sandvin sier i 2008 at misnøyen med et spesialisert og oppsplittet tjenesteapparat og løsningen som er å bidra til et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud etter hvert har fått en bred tilslutning på tvers av etater, tjenesteområder og forvaltningsnivå (Thommesen, Normann og Sandvin 2008, 182 f).

#### ***4.7 Depresjon.***

Verdens helseorganisasjon sier at hver femte person i løpet av sitt liv kan oppleve en depresjon, og at det er i ferd med å bli en ledende årsak til sykdom i den vestlige del av verden (Helsedirektoratet 2009,3). Min forforståelse av depresjon er at depresjoner medfører store omkostninger for de som rammes og deres pårørende.

Helsedirektoratet beskriver symptomer som er en del av depresjonens kjennetegn:

- Svekket stemningsleie, mangel på interesse og glede over de fleste aktiviteter, tretthet og nedsatt energi.
- Redusert selvfølelse og selvtillit, negative og pessimistiske tanker om fremtiden, redusert konsentrasjon og oppmerksomhet.
- Depresjon er en tilstand som preges av nedstemthet og angst, nedsatte evner til å reagere med positive og negative følelser i forhold til glede og sorg.

- Grubling over situasjoner og til å vektlegge det negative, selvkritiske og pessimistiske i situasjoner(Helsedirektoratet 2009,9).

Ved moderat depresjon er det en tendens til å trekke seg tilbake fra sosial deltagelse og andres intensjoner mistolkes ofte da følelsen av utilstrekkelighet blir projisert over på andre og man begynner å tro at andre ikke liker ham. Impulser kan være mindre kontrollert eller mangelfull som kan medføre aggressivitet og eller perioder med overspising eller høyt alkoholinntak. Dagliglivets gjøremål er områder som det kan bli vanskeligere å fokusere og å bruke oppmerksomhet på, ofte er det eksistensiell spørsmål som blir fokuset i hverdagen på bekostning av dagliglivets gjøremål (Hummelvoll 2004,175f).

Almvik og Borge ( 2006) beskriver hvordan det å forstå sammenhengen i tilværelsen, føle samhørighet og ha samvær med andre mennesker er av grunnleggende psykologiske betydning. Her viser han til en undersøkelse av Barham og Hayward (1994) som sier at pasienter er opptatt av hvordan de best kan takle sin psykiske lidelse, hvilken verdi livet deres kan ha og hvordan de kan bety noe for andre (Almvik og Borge 2006, 34).

Depressive lidelser kan berøre alle sider av det å være menneske både de biologiske, psykiske, ekstensielle, sosiale, samfunnsmessige og kulturelle forhold inngår i et gjensidig samspill. Ved ulike forståelsesmetoder økes muligheten for tiltak som er tilpasset den enkeltes behov. God behandling vil ofte kreve kombinasjoner av flere faglige tilnæringer (Helsedirektoratet 2009, 17).

Berge og Repål sier at det ofte er lite av meningsfylte og berikende samspill med andre, å ha en følelse av retning og mening med det en gjør og å oppleve seg selv som nyttig og dugelig (Berge og Repål 2002, 75).

## Årsaksforklaringer

Stortingsmelding 25. ( 1996-1997) åpenhet og helhet gir en forklaring på hvordan vår psykiske helse er påvirket av ulike mekanismer.

Psykiske lidelser har sammensatte årsaker. Genetiske, biokjemiske, psykologiske og sosiale faktorer virker sammen, og hvilken betydning de ulike faktorene har er høyst forskjellig for ulike typer lidelser. Generelt har psykisk helse nær sammenheng med levekår og sosiale kvaliteter i samfunn og nærmiljø. Selv om det fortsatt er behov for mer forskning og kunnskap om årsaksforholdene rundt psykiske lidelser, finnes det i dag kunnskap om viktige sammenhenger (St. meld. nr. 25 1996-97:33).

Berge og Repål beskriver hvordan årsaker til depresjon kan ha mange ulike årsaker. Mange har søkt svar hos forskerne for å forstå hvorfor de er ramme av depresjon, her er det vanskelig og finne ja og nei svar da mennesket ikke lar seg forklare gjennom enkle årsaks-virkningsmodeller. Biologien peker på det kan være underskudd av enkelte typer signalstoff til hjernen, som kan skje som en følge av stress over lang tid. Ved moderat depresjon diskuteres det om arv har noen betydning, det kan dreie seg om å være sårbar og mindre motstandsdyktig i forhold til livsbelastninger. Her er det vanskelig å si noe om hva som er forklaringen da det er snakk om gjensidig påvirkning. Miljøbetingelser kan også ligge til grunn. Her kan man se på oppvekstvilkår, personlighet, tap og konflikter og livsbelastninger som følger av det å leve. Dette kan være ulykker, sykdom, skilsmisse og ansvar for barn. Noen ganger kan det være vanskelig å forstå sammenhengen mellom belastninger og depresjon (Berge og Repål 2002,27ff).

Berge og Repål sier hvordan det å ha en forståelse av hvordan man tenker og føler og å akseptere det kan gi alternativer som kan hjelpe til å mestre situasjonen. Her dreier det seg om å skaffe seg ulike handlingsalternativ som igjen kan redusere skadevirkningene av depresjon (Berge og Repål 2002,150).

## Relasjon

Rogers (1961) sier i Eide og Eide at ved å stille seg sympatisk og aksepterende og møte brukeren med varme, toleranse og respekt, vil hjelperens anerkjennelse bli en vei til å anerkjenne seg selv. Ved å sette seg selv inn i den annens rolle, se saken fra andre synsvinkler kan man oppleve hvordan det føles for den andre (Eide og Eide 2007,142). Her sier Vatne at vi ved å arbeide ut fra et relasjonelt fokuserer vi på hvordan vi kan se og forstå pasienten i samspill med andre og seg selv og hvordan vi gjennom relasjon kan skape lindring og opplevd bedring hos bruker (Vatne 2006, 104). Videre sier Rappaport(1983) i Vatne at myndiggjøring er en prosess hvor man forsøker å opprette likeverd i bruker –hjelper relasjonen og at denne prosessen kan bunne ut i mestring. Her sier også Gibson(1991) at prosessen kan bidra til å styrke nødvendige ressurset for å oppleve å ha kontroll over sitt eget liv og håp (Vatne 2006,117). Her viser Vatne til en undersøkelse av hvilke faktorer som bidrar til en bedring i behandling av psykiske lidelser. Miller m.fl( 1999) sier her at relasjonelle forhold som empati, omsorg,akseptasjon, oppmuntring til å ta sjanser og gjensidig bekreftelse utgjør 30% i en bedringsprosess. Her viser også forskningen at brukerens egen styrke og deltakelse og deltakelse i sosiale sammenhenger sammen med støtte fra omgivelsen utgjør 40% i forhold til bedringsprosess ( Vatne 2006, 118).

## **4.8 Makt.**

Makt er tilstedeværende i alle relasjoner. Ved å erkjenne at det er et makt i forhold til tjenesteyter og bruker relasjonen og reflektere over hvordan vi forholder oss til maktspørsmålet. Ved å reflektere over begrepet makt og avmakt kan vi som tjenesteytere bli bedre rustet til å opptre som likeverdige på viktige arenaer. Den profesjonelle har i flere situasjoner mer kunnskap, her vil det være viktig hvordan vi bruker denne kunnskapen, Kunnskapen kan brukes til å gi brukeren styrke. Kunnskap kan også brukes til å gi bruker en passiv rolle i forhold til sitt eget liv.

Askheim beskriver begrepet empowerment som en makt prosess, det blir brukt i forhold til at brukere ønsker å ha kontroll over tjenestetilbudet og sin egen livssituasjon. Her er det den enkelte som har ekspertisen på sitt eget liv og har kompetansen til å vite hva man er

best tjent med. Empowerment er ikke bare et spørsmål om individets dimensjon men innehar også en strukturell dimensjon som omfatter barrierer, samfunnsforhold og maktforhold som opprettholder ulikheter og bidrar til manglende mulighet til å ta kontroll over sitt eget liv.( Askheim 2003,104).

Weber( 1922) i Brodtkorb definerer makt som et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand( Brodtkorp 2009, 68).

Grimen( 2009) sier at det forventes av bruker at den profesjonelle i kraft av sin posisjon har mer kunnskap i enkelte områder( Koren og Slettebø 2012,272). Brukeren vet hvilke begrensninger sykdomstilstanden har lagt på deres liv og sine egne ønsker og mål. Tjenesteyteren kan ha generelle kunnskaper om sykdomstilstanden og konsekvenser, men det subjektive er brukerens opplevelse (Koren og Slettebø 2012,273).

Veileder om IP 2010 sier at det tradisjonelt har vært arbeidet ut fra hva fagekspertisen mener er realistiske mål. Årsaken til at mål noen ganger blir stemplet som urealistiske, kan være at det er generelt lave forventinger til personer med funksjonsnedsettelse (Helsedirektoratet 2010,25). Michelsen, Vatne og Hollingen viser også til dette i en studie her sier de at brukermedvirkning kan være vanskelig å få til fordi mange brukere har inntatt en passiv rolle i forholdet og at tjenesteyterne har lave forventinger til brukerens deltakelse og derfor lett faller inn en oppdragerrolle. Her er det behov for at den profesjonelles makt nedtones. Endring av maktforhold vil være en utfordring både for brukere og de profesjonelles roller ( Michelsen, Vatne og Hollingen 2007,24). Her kan det for brukere gi en opplevelse av avmakt som Mathiesen( 1982) beskriver som man ikke ser noen muligheter til å endre sin situasjon eller å motsette seg andres viljesutøvelse. Avmakt kan ofte gi opplevelser som føles nedverdiggende og utløser frykt og aggresjon( Brodtkorp 2009, 81).

IP er brukers plan og det er hans eller hennes mål det skal arbeides mot. Å oppnå mål man har satt seg selv gir mestring. I motsatt fall vil mål som er urealistiske gi nederlag og



forsterke en nedadgående spiral. Balansegangen mellom langsiktige visjoner og oppnåelige delmål vil være en sentra del i planprosessen. Fokus i planprosessen må være rettet mot de resurser som finnes og hvilke mulighet det er. Hvilke begrensninger opplever brukeren for å oppnå deltakelse i de daglige gjøremål og i forhold til å realisere de visjoner og mål han har (Helsediretoratet 2010,25). Skau viser til hvordan det og ikke bli hørt eller å bli tolket inn i allerede eksisterende forståelsesrammer uten at det stilles spørsmål ved disse kan oppleves som krenkende. Her blir brukeren sittende igjen med følelsen av å bli utspurt, men ikke lyttet til( Skau 2011,37).

## **4.9 Mestringsteori.**

Min forforståelse er at vi som mennesker ikke kan fungere uten at vi opplever en viss grad av mestring i tilværelsen. Her kan det å mestre være ulikt, noen har begrensninger som gir rom for få mestringsmuligheter i hverdagen. Som vernepleier er det viktig å finne den arenaen der den enkelte kan oppleve å mestre. For enkelte kan det å kommunisere med andre være en mestringsarena, mens andre kan oppleve mestring ved å velge pålegg på brødsboksen. Bakke (2005) har intervjuet 6 brukere av det psykiske helsevern om deres erfaringer med IP her vil jeg bruke Beates erfaringer for å sette teorien inn i et hverdagsliv.

Mestring er en generell forventning om at stressfaktorer er forståelige og håndterbare, utgjør det motivasjonsmessige og kognitive grunnlaget for mestring og for å hindre at spenning omdannes til stress (Antonovsky 2012,41).

Antonovsky beskriver hvordan livet består av tilstedeværende belastninger. Han beskriver videre at det er tre elementer som vil ligge til grunn for å føle mestring.

- Forståelighet å kunne forstå hva som skjer i situasjonen.
- Håndterbarhet å se at man kan finne løsninger og har ressurser tilgjengelig.
- Meningsfullhet at man opplever livet forståelig, og opplever at det er verdt å spandere tid og engasjement på å løse utfordringer.

Dette er tre komponenter som Antonovsky definerer som opplevelse av sammenheng(OAS) og de er avgjørende for hvordan vi mestrer belastninger og vedlikeholder helse. Hvis man lever i en verden man opplever som kaotisk og uforutsigbar er det vanskelig å oppleve at man klarer seg. Har man et klart bilde av hva kravene er, kan man se hvilke ressurser man har til rådighet for å møte kravene. Meningsfullhet kan beskrives som at vi ser utfordringen og opplever at vi kan se en mening i den, og gjør vårt beste for å komme oss ut av den. ( Antonovsky 2012,40 ff).

Antonovsky definerer OAS slik: Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimulus som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og at disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (Antonovsky 2012,41).

Erikson beskriver i Bunkholdt hvordan vi utvikler oss fra spebarn til voksen gjennom utviklingsfaser. Her samhandler vi med andre mennesker og blir bekreftet eller avkreftet. I denne samhandlingen er det mange faktorer som innvirker, både grunnholdninger og faktorer i omgivelsene. Hver fase innebærer at vi søker å få dekket behov på en tilfredsstillende måte for at det skal utvikles en positiv grunnholdning. Den positive grunnholdningen gir oss troen på at vi kan mestre og at vi er nyttige( Bunkholdt 1994,192 ff).

#### Opplevelse av mestring.

Her beskrives opplevelser som brukere av psykisk helsevern har i forbindelse med IP. Her er det å sette målsettinger og å gjennomføre de en kilde til mestring. Disse opplevelsene er hentet fra Bakke( 2005) masteroppgave om brukerens erfaringer med IP. Jeg har valgt å la Beates historier vise hvordan hun mestret ulike situasjoner i arbeidet med IP.

Her sier Beate i Bakke( 2005) at hun hadde prestasjonsangst da hun opplevde at hun hadde satt målene i sin første IP for høyt og ikke opplevde å få noen hjelp til å nå målene. Nå har hun en ny IP med andre mål og hun beskriver det slik.

*Vi har gjort det litt annerledes i den nye planen min fra..... distrikt. Det er ikke så vanskelige mål der, og jeg har klart å følge opp det som står der da, mye bedre. Jeg har klart å følge opp det! (Bakke 2005,55).*

Beate (Bakke 2005) forteller om opplevelsen med en kontaktperson som hun opplevde som en flink lytter, men hun var beinhard, iskald og grusom. Hennes uttalelser til Beate bestod stort sett av hva Beate « må, bør og skal». Dette medførte at Beate fikk en vond klump i magen hver gang kontaktpersonen skulle besøke henne. Her beskriver Beate hvordan hun opplevde denne situasjonen.

*Jeg har hatt en dame og hun var beinhard og iskald og satte de ståløynene i meg, og hun var ganske flink til å lytte, men hun var beinhard, hun sa at du må og du bør og du skal og, nei hun var grusom. Et iskaldt menneske, det var ikke snakk om å få noen klem eller sånt noe og, nei det var helt forferdelig. Hun ba jeg om å få slippe å ha på besøk.*

Da Beate fortalte at hun ble hørt da hun ba om å få slippe å få vedkommende på besøk, retter hun seg opp i ryggen og smiler (Bakke 2005, 44).

## **5.0 Drøfting.**

### **Problemstilling.**

Hvilken betydning kan medvirkning i arbeidet med IP ha for mennesker med depresjon?

### **5.1 Presentasjon av funn.**

IP kan legge til rette for en mestring av dagliglivet ved at man fokuserer på styrker og ressurser. Politiske myndigheter tydeliggjør gjennom lovverk at de ønsker å styrke samhandling mellom bruker og tjenesteyter. Herunder å styrke brukernes selvbestemmelse og innflytelse og sikre at tjenestene blir utformet etter den enkeltes behov. Her er det også en ansvarliggjøring av oss som yter tjenester som skal sikre et samarbeid som er til det beste for bruker. Dagens situasjon viser til at det er et stykke igjen før målsettingene er nådd. Funnene viser til at det å ha en IP kan medvirke til en mestring ved å bli sjef i planarbeidet og å kunne være til hjelp i forhold til å mestre livet og hindre innleggelse. Det oppleves som en mestring i forhold til å tro på egne ressurser, bedre selvtillit, og et håp om positive endringer (Trefjord og Hatling 2004; Hollingen 2008; Bakke 2005).

Depresjon er som vist til tidligere en voksende folkesykdom som medfører store omkostninger både for den enkelte og de pårørende. Teorien viser til at relasjoner med bruker og tjenesteytere har stor betydning for hvordan depresjon mestres. Her vises funnene at det kan være lite av berikende og meningsfulle samspill med andre, og at dette er faktorer som er av betydning for å forstå sammenhengen i tilværelsen (Almvik og Borge 2006; Borge og Repål 2002). Teorien viser til at det blant tjenesteytere kan være lave forventninger til brukernes deltakelse. Deltakelse avhenger også av hvilken forståelse vi har, og hvordan vi kan se en sammenheng med det som skjer og hvilke ressurser vi har til rådighet og om de gir oss handlingsrom som igjen vil være en del av det å kunne oppleve mestring. Det vises til at det å oppleve likeverd i relasjonen til tjenesteyter kan bunne ut i mestring. Relasjonelle forhold kan stå for opptil 70 % i forhold til en bedringsprosess, der oppmuntring til å ta sjanser, gjensidig bekreftelse og brukerens egen styrke og deltagelse i sosiale sammenhenger sammen med støtte fra omgivelsen. Det å sette sine egne mål og å

arbeide mot dem gir mestring, her kan det å bruke den relasjonen man har til bruker hjelpe tjenesteyteren til å forstå brukeren og hvordan vi kan hjelpe til en bedring (Vatne 2006; Helsedirektoratet 2009).

Makt kan være et hjelpemiddel i forhold til å gi styrke rollen som en ekspert i sitt eget liv og oppleve mestring ved å tydeliggjøre hva man er best tjent med. Hindringer kan være at vi som fagpersoner arbeider ut fra hva vi mener er realistiske mål. Det som blir satt som realistiske mål kan oppleves som et maktovergrep og føre til at brukerens opplevelse blir avmakt i forhold til hjelpeapparatet. Avmakt kan bety at man opplever og ikke få dekt sine behov på en tilfredsstillende måte. Videre kan det medvirke til at livet oppleves som ustrukturert, uforutsigbart og uforståelig og at der ikke er verdt å engasjere seg i de utfordringer man opplever. Her viser teorien til at det å kunne sette sine egne mål kan være vanskelig i forhold til hjelpeapparatet.

Vernepleierens helhetlige arbeidsmodell innehar som jeg har beskrevet tidligere likhetspunkter med IP. Gjennom tre år har jeg fått erfaringer med å bruke arbeidsmodellen ut fra brukers målsettinger og ønsker. Her ser jeg det som essensielt å se brukers ønsker og arbeide ut fra dem. Her vil jeg se betydningen av å medvirke i arbeidet med IP for mennesker med moderate depresjoner. Som tjenesteytere har vi valgmuligheter i de fleste situasjoner, det gir oss muligheter til å velge å tilrettelegge for mestring.

## ***5.2 Når har men rett på IP.***

Pasient og brukerrettighetsloven gir bruker en mulighet for å definere sitt behov § 2-5. Både spesialisthelsetjenesteloven og lov om kommunale helse og omsorgstjenester har bestemmelser som peker på at det skal være en koordinerende enhet som har et hovedansvar for å initiere arbeidet med IP. Det beskrives hvordan ønsket om IP ikke er avhengig av diagnose, men det vil være behovet for tjenester fra flere instanser over et vist tidsintervall som utløser rettigheten (Kjellevold 2009,23f).

Her kan jeg se til Iselin som er nevnt i innledningen, en tjenesteyter i psykisk helsevern hadde fortalt henne om IP i forbindelse med at hun skulle flytte fra en kommune til en

annen. Her opplevde hun at ting var ganske kaotisk i forbindelse med flytting. Det var flere instanser inne i bildet og lite samordning i tjenestetilbudet. Helsepersonellovens § 38 sier at vi som helsepersonell plikter å gi melding for behov om IP til koordinerende enhet i den delen av helsetjenesten vi har vår tjeneste. Hun henvendte seg til koordinerende enhet i tilflytterkommunen og skrev en søknad om å få utarbeidet en IP. Hennes ønske var å få et tilbud som var samordnet med ulike tjenesteytere, institusjoner og instanser (2011-12-16 nr. 1256).

Kan vi her se hvordan Iselin ønsket å ta kontroll over sin egen behandling og sitt eget liv ? Som tjenesteytere er informasjon om rettigheter en mulighet for å bidra til at brukere får en økt kontroll over sitt eget tjenestetilbud. Empowerment beskrives som maktprosess der det dreier seg om å gi myndighet tilbake til de som er eksperter i eget liv. Her dreier det seg ikke bare om individets dimensjon men også barrierer som samfunnsforhold og maktforhold. Dette er strukturelle dimensjoner som kan medføre at vi opprettholder våre tenkemåter og derved bidrar til at det blir vanskelig og ta kontroll over eget liv. Når man ser til tallene over hvor mange som ikke bruker IP ( Helsdirektoratet 2010) kan det henge sammen med den tradisjonelle tankemåten om hva som er realistiske mål. Men som tjenesteytere kan det å gi opplysninger på en måte som forstås være en måte å gi tilbake myndigheten i eget liv der man bidrar til økte muligheter for å nå sine ønsker og mål.

Her ble det kontaktet en bestiller og utfører enhet som kunne bekrefte at Iselins behov var legitime. Bestillerenheten vurderer her ut fra sine vurderinger om Iselin har behov, og som Kjellevold sier om koordinerte tjenester må eller bør de sees i sammenheng og at det vil være uriktig å se snevert på personens rettigheter (Kjellevold 2009,23). Her vil det i forhold til bestillerenheten medføre å bruke sitt faglige skjønn for å vurdere om Iselin har legitime rettigheter. Iselin mener selv hun har rett/ behov for en IP for å tilrettelegge tjenester, i NPM teorien vil hun da være en kunde og vi som tjenesteytere skal levere en tjeneste. Her kan man se det som at når man ønsker et produkt har man et behov. Men her er det andre som skal definere hvilke behov du har i forhold til de ressurser som tjenesten innehar.

Spesialisthelsetjenesten har også en plikt til å utarbeide planer. Her er det i tillegg ønskelig at det er en lege som er koordinator. Thommesen, Normann og Sandvin sier at hovedinntrykket er at det er kommunene som tar hovedansvaret for arbeidet med IP og at det i det store og hele er forbausende hvor lite andre instanser deltar. Iselin har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten som bruker av det psykiske helsevernet, men opplevde at de ikke hadde noen erfaringer med å starte arbeidet med IP.

### ***5.3 Depresjon***

God behandling av depresjon vil ofte kreve kombinasjoner av flere faglige tilnærminger. Arbeid med IP er etter min mening ikke en erstatning for behandling med anerkjente metoder, men en supplerer. Ved å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og bruker og en oversikt over tjenestetilbudet kan det medvirke til terapeutiske effekter.

### ***5.4 Terapeutiske effekter i forhold til IP.***

Lovverket tilrettelegger for at bruker skal ha en økt medvirkning i arbeidet med sitt eget behandlingsløp. Her er det å kunne øke mestringsevnen sett som viktig i forskriften om IP (FOR 2011). Her kan det ved å arbeide med eventuelt annen behandling samtidig med IP gi mestring i hverdagslivet og bidra til en trygghet. En forståelse av hvordan man kan se sine ressurser og ikke bare sine begrensninger vil kunne bidra til at man setter seg mål som øker selvtilliten.

Flere forfattere viser til at arbeidet med IP kan ha terapeutiske effekter som bedre selvtillit og større tro på egne ressurser (Trefjord og Hatling 2004; Hollingen 2008). Det å ha en forståelse og å se sammenhenger er grunnleggende for å oppleve mestring. I arbeidet med å kartlegge vil det da kunne legges til rette for samspill mellom bruker og tjenesteyter. Her vil relasjonen mellom bruker og tjenesteyter kunne gi rom for å oppleve arbeidet som nyttig og oppleve at man duger. Litteraturgjennomgangen viser hvordan bruker opplever å være sjef for planarbeidet, det å kunne ha en plan for livet, dette hjelper henne til å bruke



planen som et terapeutisk hjelpemiddel i forhold til behandling og å mestre dagliglivet som igjen hindrer innleggelse (Hollingen 2008). Det å være sjef i eget liv er for oss alle noe vi regner som en selvfølgelighet. Intensjonene ved IP er blant annet å styrke brukers selvbestemmelse og styrke samhandling mellom bruker og tjenesteytere. Kritikken mot helsevesenet som forteller om opplevelser som lite tilpasset den enkelte bruker og mangel på helhetlige tilbud, som kan medvirke til opplevelser av å miste sjefsjobben i sitt eget liv. Forskriften inneholder krav om hvordan tiltak skal beskrives og aktualiseres, hvem skal utføre hva og tidsfrister for utførelsen (For 2011-12-16 nr.1256). Her er det å kunne sette seg sine egne mål og strekke seg være en del av oppnå effekter som kan være terapeutiske, det kan være de helt enkle dagligdagse gjøremål som å betale en regning eller delta i sosiale sammenkomster med venner.

## **5.5 Makt.**

Undersøkelser viser at det fra IP ble lovfestet i 2001 og frem til i 2006 er det nær 30 % av kommunen som ikke oppfyller lovkravet om IP (Helsedirektoratet 2010) vil man se at det ennå er mange som ikke har fått et tilbud om IP. Kan denne undersøkelsen vise at det å omfordele makt fra oss som tjenesteytere og over til bruker er et tema som kan være problematisk? Å omdefinere brukere som mennesker med hjelpebehov til å se de som ressurser i eget liv som trenger en partner i en periode for å gi veiledning for å oppnå en forståelse og mestring i endrete livsbetingelser.

Som det vises til sier Michelsen, Vatne og Hollingen (2007) til at det må arbeides med å nedtone den makten de profesjonelle har i forhold til brukerne.

Weber (1922) i Brodtkorp viser til at makt er der et eller flere mennesker har en sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand (Brodtkorp 2009,68). Her kan det dreie seg om å endre våre forventninger til planarbeidet. Der vi innser at det er brukerens plan og derved er det hans målsettinger som må gjenspeiles i planen. Empowerment er å vende på maktbalansen i forhold til at vi som profesjonelle har ekspertisen til at den enkelte er ekspert på sitt eget liv. Litteraturen viser til at det ofte er blitt arbeidet ut fra det de profesjonelle oppfatter

som realistiske mål og at vi ofte har lave forventninger til personer med funksjonsnedsettelse (Helsedirektoratet 2010,15). Når vi har lave forventninger til personer kan det medføre at vi tar makten ut fra vår generelle kunnskap om deres diagnose. Her er det å se brukeren i et annet perspektiv og å bruke tid til å finne områder der bruker opplever mestring viktig, Opplevelse av mestring og forståelse henger sammen med det å arbeide med sine egne målsettinger og se sine egne handlingsalternativ. Beate i Bakke ( 2005) opplevelse av hvordan hun ikke mestret målene i sin IP og hvordan det bidro til at hun fikk prestasjonsangst da hun ikke fikk hjelp til å realisere planen. Å få en utarbeidet en ny plan med mål som var realistiske bidro til at hun opplever å mestre (Bakke 2005).

Empowerment innehar flere dimensjoner som opprettholder ulikheter og bidrar til manglende mulighet til å ta kontroll over eget liv sier Askheim (2003,104). Det å operere innenfor eksisterende forståelsesrammer er en maktfaktor da vi utelukker den subjektive forståelsen av depresjon. Det som fungerer for en trenger ikke å fungere for den neste vi treffer med samme diagnose. Forskriften om IP gir oss retningslinjer som skal ivareta det subjektive i hver plan. Her vil det kreves at vi nedtoner vår rolle som profesjonelle og gir makt til planeier. Skal vi lykkes med å oppnå mestring er det viktig at vi stiller som likeverdige parter i planprosessen.

Iselins opplevelser av å sette sine målsettinger ut fra sine egne ønsker var ikke de målene behandlingsapparatet hadde sett for seg. Hennes egen opplevelse av hva som skulle til for å få en bedre hverdag ble sett som urealistiske av behandlingsapparatet. Koren og Slettebø sier at hjelpeapparatet kan ha generelle kunnskaper om sykdomstilstanden, men det subjektive er brukerens opplevelse (Koren og Slettebø 2012, 273). Iselin hadde til tross for noen begrensninger kraft og mot til å sette seg til motverge mot målsettinger som hun følte ikke var hennes egne. Makten i behandlingsapparatet så kun målet som å takle sin depresjon og å slutte og ruse seg. Akkurat da opplevde Iselin det som et uforståelig mål etter å ha prøvd flere ganger med ulike metoder.

Et betimelig spørsmål kan være hva skal erstatte rusen når de depressive periodene er der? Hvilken rolle inntar vi som tjenesteyter? Bruker vi vår forforståelse til å se de begrensninger som tidligere har hindret Iselin i å lykkes i sine mål. Ved å fokusere på det som tidligere ikke har lyktes kan vi være behjelpelige med å legge begrensninger på de visjoner og mål Iselin har.

Skau viser til hvordan det og ikke bli hørt eller bli tolket inn i allerede eksisterende forståelsesrammer uten at det blir stilt spørsmål kan oppleves som krenkende (Skau 2011,37). Som tjenesteyter er det valg som man må ta personlig stilling til. Er depresjon biologisk forklarbar og kan avhjelpes med antidepressive medisiner eller er det et sammensatt problem som griper inn i alle sider av menneskelivet. Som litteraturen viser til kan depresjon ha mange ulike årsaker. Her kan man se en nær sammenheng med levekår og sosiale sammenhenger i samfunnet (St.meld.25 1996-97). Som Iselin som ønsket en egen bolig kan det i det ønsket ligge en forståelse av at for å oppnå sine mål må hennes bosituasjon endres. Det vises til i litteraturen at depresjon kan berøre alle sider av det å være menneske, der både biologiske, psykiske, ekstensielle, sosiale, samfunnsmessige og kulturelle forhold inngår i et gjensidig samspill (Helsedirektoratet 2009).

## **5.6 Relasjoner.**

Her kan vi se vår rolle som tjenesteyter i et videre perspektiv der det kreves at vi baserer vårt møte med Iselin på å opparbeide relasjoner, som Vatne beskriver som hvordan vi kan se og forstå bruker i samspill med andre og hvordan vi gjennom relasjonen kan skape lindring og oppleve bedring hos bruker (Vatne 2006, 104). Som tjenesteyter har vi en generell kunnskap om diagnoser men den subjektive opplevelsen er det bare bruker som kan beskrive. Her er det å bruke tid og å opparbeide relasjoner en viktig del av det å arbeide med IP. Som teorien viser til er det å opparbeide relasjoner og møte bruker med varme, toleranse og annerkjennelse og å forsøke å opprette likeverd i relasjonen gi styrke til å mestre sitt eget liv og oppleve å ha kontroll og håp (Eide og Eide 2007;Vatne 2006). Vernepleieres helhetlige arbeidsmodell og de kartleggingsmetoder som vi har erfaring med som vil kunne brukes i arbeidet med å skape relasjoner. Her vil det og samarbeide med bruker om å se resurser og å se hvilke begrensninger hun opplever i forhold til dagliglivet gi

oss et samvær som vi kan bygge en god relasjon på. Her påhviler det oss som tjenesteyter et ansvar for å være en anerkjennende og likeverdig samarbeidspartner. Da har vi muligheter til å være med og gi erfaringer som kan gi muligheter for å mestre.

### ***5.7 Mestring i arbeid med IP for mennesker med depresjon.***

Når Iselin har en IP skal den inneholde hennes behov for tjenester og videre skal den inneholde en oversikt over hva de enkelte vil bidra med. Her skal det også være en oversikt over andre samarbeidspartnere (For 2011-12-16 nr. 1256). Vernepleieren har kompetanse med å arbeide med kartlegginger og målarbeid gjennom sin helhetlige arbeidsmodell. Her er det et samarbeid med bruker, og kartleggingsarbeidet kan medvirke til å se ressurser og områder som er overskygget av diagnosen. Dette arbeidet kan være en del av det å mestre hverdagen. Hvem tar Iselin kontakt med om hun behøver hjelp en dag, da depresjon kan medføre at dagliglivets gjøremål ofte kan bli områder som oppleves som vanskelig og fokusere på (Hummelvoll 2004, 175 f).

Antonovsky viser til begripelighet der man forstår hva som skjer i situasjonen. Håndterbart i den betydning at det er mulig å finne løsninger og å inneha de ressursene som er nødvendige (Antonovsky 2012). Her kan man se det begripelige i det å ha en plan der man vet at det finnes løsninger, muligheter og ressurser til å håndtere vanskelige dager. Iselin kan ha mulighet for å ringe en venn som har sagt seg villig til å bistå med å lufte hunden når det er vanskelige dager.

Vi har alle et behov for å kunne se en sammenheng i hva som skjer i vårt liv, og vi blir påvirket av det som skjer. Litteraturen viser til at det å mestre og å vedlikeholde helse forutsetter det at vi har en forståelse av hva som skjer og at vi har ressurser tilgjengelig for å takle situasjoner. Videre vises det til mestring blir til ved å ha grunnholdninger ved at man gjennom livet får dekt behov på en tilfredsstillende måte (Antonovsky 2012 ; Bunkholdt 1994). Iselin har som tidligere nevnt et behov for egen bolig. Her kan hun se en sammenheng med sin egen boligsituasjon og det som skjer i hennes eget liv, det er mulig

at hun ikke ressurser til å endre situasjonen. Hennes holdning kan bli påvirket av det hun kan oppleve som uforståelige sammenhenger og krav som er uoppnåelige.

Her tenker jeg at det har stor betydning hvilken rolle vi som tjenesteytere inntar i forhold til mennesker med depresjon. Tilrettelegger vi for mestring? Ved å være bevisst på å legge til rette for berikende samspill og gi muligheter for forståelse av dagliglivets problemer, kan man oppleve å mestre de påkjenninger som medfølger depresjonen. Som Hummelvoll viser til at det ofte er dagliglivets gjøremål som blir bortprioritert i forhold til ekstensielle spørsmål (Hummelvoll 2004, 175 f). Samspill som kan dreie seg om å vende fokuset fra de ekstensielle spørsmål til å se hvilke ressurser man har i forhold til å mestre dagliglivet.

Koordinatorrollen kan beskrives som en ressurs i forhold til det å skape forståelse, det å ha et menneske som kjenner deg og som man har en relasjon til kan bidra til å mestre uventede situasjoner. Koordinatoren bør være behjelpelig med å finne ressurser som kan gi mestringsopplevelser. Her vil det å være bevisst sin rolle som koordinator og ha innsikt i at det kan være ulike metoder i forhold til å oppleve forståelse. Her sier helsedirektoratet at det ofte vil kreve kombinasjoner av faglige tilnærminger (Helsedirektoratet 2009,17). Som Kjellevold sier er formålet med IP å oppnå en langsiktig tenkning og en helhet i tjenestetilbudet. Hun påpeker også at det er viktig å trekke inn andre typer tjenester og tiltak (Kjellevold 2009,23 f).

## **6.0 Avslutning.**

Her har jeg satt meg inn i teori både pensum litteratur og selvvalgt litteratur. Ut fra denne litteraturen har jeg drøftet om arbeidet med IP kan ha betydning for mestring ved depresjon. Her har jeg sett på undersøkelser og studier om hvordan IP er brukt etter innføringen i 2001. Utviklingen i samfunnet tilsier at mennesket får en større rolle i sin egen behandling og mer ansvar for sin egen helse. Dette medfører en forandring i roller for oss som tjenesteytere. Her er de profesjonelles rolle i ferd med å bli endret som følge av strømninger som Empowerment og kunderollen i NPM. Makt er et tema som vil er aktualisert i forhold til forandringer i eksisterende tankemåter som igjen kan medføre endringer i innarbeidete arbeidsmetoder. Depresjoner er i ferd med å bli en folkesykdom og kjennetegnes av nedsatte muligheter til å forstå og å mestre sin hverdag. Her har jeg sett om det er noen sammenhenger med å bli engasjert i sitt eget liv ved å sette sine egne målsettinger og arbeide mot å mestre de i forhold til at man overlater avgjørelsene til et behandlingsapparat. Å arbeide med IP vil være å se og styrke ressurser hos den som har behov for planen, dette vil medføre at vi som tjenesteytere må se hvordan vi kan oppnå en relasjon der vi opptrer som likeverdige.

### **6.1 Konklusjon.**

Problemstilling.

Hvilken betydning kan medvirkning i arbeidet med IP ha for mennesker med depresjon.

Jeg opplever at arbeidet med IP kan ha betydning for mestring ved depresjon. Det å delta og ha innvirkning i sitt eget liv er en forutsetning for å kunne mestre. Her blir det fremhevet av mine funn hvordan det å mestre skjer i samhandling. Viktigheten av å samhandle og å ha relasjoner til andre er viktig for å oppnå fremgang i forhold til depresjon. Her vil det å støtte opp om mennesket evne, tro og muligheter til å mestre innenfor sitt særegne område.

Når jeg ser til tallene som er presentert i om bruken av IP ser jeg at vi som tjenesteytere ikke har fulgt opp de intensjoner som ligger i lovverket. Den styrkingen av lovverket som kom i 2012 som følge av samhandlingsreformen vil nok øke bruken av IP. Men som det fremkommer er det vi som tjenesteytere som må ta inn over oss samfunnsendringer som gir oss en partnerrolle i forhold til behandling i stedet for ekspert rollen. Makt er et relasjonelt fenomen og hvordan vi forholder oss i relasjonen er avgjørende for hvordan den andre opplever sitt tilbud. Her kan vi se til Kant som sier at ved å se mennesket som et mål i seg selv og ikke som et middel, blir vi istand til å vise aktelse for det ukrenkelige i hvert menneske og se dets verdi (Henriksen og Vetlesen 2006,222).

Kan arbeidet med IP ha noen betydning for forståelse i forhold til depresjon. Det å sette sine egne mål og kunne delta i en kartlegging som gir et bilde av hvilke mål man vil sett seg i et tidsperspektiv kan gi en forståelse. Arbeidet med oppgaven har vist meg at arbeidet med IP ennå ikke er implementert i helsevesenet og at det å arbeide med IP er en utfordring for oss som tjenesteytere. Utfordringen for oss som tjenesteytere kan være å gi tid og rom for å bygge relasjoner der bruker kan oppleve å arbeide med sin egen forståelse av utfordringen og ikke det vi som profesjonelle ser som hindringer. IP er et verktøy som er fremadrettet og som kan gi en forståelse av ulike handlingsalternativ som kan redusere skadevirkningene av det å ha en depresjon. Her kan det å legge inn ulike handlingsvalg i forhold til tenkte fremtidige scenarier kunne gi forståelse for at ulike handlingsvalg kan virke ulikt.

## 7.0 Kilder:

Almvik, Arve og Lisbeth Borge(red). 2006. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.

Arbeids-og velferdsloven. 2011. *Lov 2006-06-16 nr. 20. Lov om arbeids-og velferdsforvaltningen*. <http://www.lovdata.no/all/nl-20060616-020.html> ( Lest 20.04.2013).

Antonovsky, Aaron. 2012. *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal.

Askheim, Ole Petter. 2003. *Fra normalisering til empowerment*. Oslo: Gyldendal.

Bakke, Torill. 2005. *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter*. Trondheim: NTNU.

Berge, Torkil og Arne Repål. 2012. *Lykketyvene*. Oslo : Aschehoug.

Brodtkorp, Elisabeth og Marianne Rugkåsa. 2009. *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal. 2 utgave.

Bunkholdt, Vigdis. 1994. *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget. 2 utgave.

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal. 4 utgave.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal. 2 utgave.

Garsjø, Olav. 2001. *Sosiologisk tenkemåte*. Oslo: Gyldendal. 2 utgave.

Kjellevold, Alice. 2009. *Retten til individuell plan*. Bergen: Fagbokforlaget. 3 utgave.

Helsedirektoratet. 2009. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.



- Helsedirektoratet. 2010. Veileder til forskrift om individuell plan.  
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften.pdf> ( Lest 20.04.2013).
- Helse og omsorgsdepartementet 2011. Forskrift av: FOR-2011-12-16-1256. *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111216-1256.html> (lest ).
- Helse og omsorgsdepartementet. 2004. *Helhet og plan i sosial og helsetjenestene*. NOU 2004:18. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2004/nou-2004-18.html?id=150699> ( Lest 20.04.2013).
- Helse og omsorgsdepartementet. 2011. *Nasjonal helse-og omsorgsplan*. St. meld. Nr. 16 (2011-2015).  
<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>  
( Lest 29.04.2013).
- Helse og omsorgsdepartementet. 1997. Åpenhet og helhet. St. meld.nr.25 ( 1996-97).  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086) ( Lest 17.05.2013).
- Helse og omsorgstjenesteloven.2011. *Lov 2011-06-25 nr.30: Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m.* <http://www.lovdata.no/all/nl-20110624-030.html> (Lest 08.04.2013).
- Helsepersonelloven. 2012. *Lov 1999- 07-02 nr. 64: Lov om helsepersonell mv.*  
<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> ( Lest 20.04.2013).
- Henriksen Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen. 2006. *Nærhet og distanse*. Oslo: Gyldendal.
- Hollingen Anne. 2008. *Brukererfaringer med nettbasert individuell plan*. Molde: mastergrad høyskolen. [http://brage.bibsys.no/hsm/bitstream/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_7356/1/master\\_hollingen.pdf](http://brage.bibsys.no/hsm/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_7356/1/master_hollingen.pdf) ( Lest 15.07.2013).
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2004. *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal. 6 utgave.

Høgskolen i Molde. 2012. *Fagplan bachelor i vernepleie*. Molde: Høgskolen.

Michaelsen Ragnhild.A. Solfrid Vatne og Anne Hollingen. 2007. *Koordinatorrollen ved individuell plan. Fokus på brukervedvirkning og samarbeid*. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning.

Pasient og brukerrettighetsloven. 2012. *Lov 1999-07-02 nr.63. Lov om pasient og brukerrettigheter*. <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html> (Lest 18.03.2013).

Psykisk helsevernloven. 2012. *Lov 1999-07-02 nr. 62. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-062.html> (Lest 18.04.2013).

Skau, Grete Marie. 2011. *Gode fagfolk vokser*. Oslo: Cappelen. 4 utgave.

Solvang, Per Koren og Åshild Slettebø. 2012. *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal.

Spesialisthelsetjenesteloven. 2012. *Lov 1999-07-02 nr.61. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html> (Lest 20.04,2013).

Utdanning og forskningsdepartementet. 2005. *Rammeplan for vernepleiere*. [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf) (Lest 10.04.2013).

Thommesen, Hanne, Trine Normann og Johans Tveit Sandvin. 2008. *Individuell plan. Et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.

Trefjord, Steinar og Trond Hatling. *Erfaringer med individuell plan ved bruk av verktøyet individuell plan psykisk helse(IPPH)*. Oslo: Sintef.

Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne*. Oslo: Gyldendal.

Fellesorganisasjonen(FO). 2002. *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*.

[http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Yrkesetisk\\_2011\\_lav%281%29.pdf](http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Yrkesetisk_2011_lav%281%29.pdf) ( Lest 06.05.2013.)