VIP
Veien til individuell plan

"Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt…"

ISBN 978-82-8121-181-0

Prosjektrapport

Sykehuset Telemark

Skien Kommune

kunnskapssenteret
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Et samarbeid mellom Sykehuset Telemark HF, Skien kommune og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten - GRUK

Prosjekt: VIP - Veien til individuell plan

Tittel på rapporten: ”Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt…”

Rapporten er utgitt av: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Utgivelsesår: 2007

ISBN 978-82-8121-174-2

Prosjektleder har vært Anders Vege, seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – GRUK.

Rapporten er skrevet av Toril Bakke, seniorrådgiver, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – GRUK.

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset i Telemark, Skien kommune og Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling - GRUK.
Prosjektet er støttet økonomisk av Helse Sør Regionale Helseforetak.

Prosjektet ble innledet med oppstartskonferanse 15.mai 2006 og hadde sluttkonferanse 15. oktober 2007.

Takk til

Prosjektet vil takke veileder Frank Oterholt for gode råd og god veiledning av veiledere. Videre har tilretteleggerne Anlaug Botnen ved STHF og Elizabeth Reiss-Andersen i Skien kommune vært uvurderlige. Veilederne Inger Haldis Bråtane, Ragna Grande, Ingvild Hårstad, Barbara Langslet, Ellen Svendsen og Anne Vad har vært fantastiske, Takk!

Pleie og omsorgssjef Synnøve Dale og Klinikksjef Per Urdahl har valgt å satse tungt på veien til individuell plan. Takk for at dere har tro på dette arbeidet og fortsetter å gå veien.

Dette prosjektet er båret av de flotte koordinatorene som har vært villig til å endre sin måte å arbeide på. Takk til hver og en av dere for tålmodighet og solid innsats. Dere er gode!

INNHOLDSFORTEGNELSE

Sammendrag ... 3
1.0 Innledning ... 6
1.1 Bruk av begrep ... 6
1.2 Hva er gode tjenester? ... 6
1.3 Hensikten med individuell plan ... 7
2.0 Beskrivelse av prosjektet ... 8
2.1 Organisering ... 8
2.1.1 Betydningen av tett samarbeid mellom sykehus og kommune. ... 9
2.2 Forankring i ledelsen ... 9
2.3 Opplæring og veiledning ... 9
2.3.1 Opplæring ... 9
2.3.2 Veiledning av koordinatorene ... 9
2.3.3 Veiledning av veilederne ... 10
2.3.4 Erfaringskonferanser ... 10
2.4 Tilretteleggerfunksjonen ... 10
2.5 Økonomi ... 11
3.0 Koordineringsarbeid ... 12
3.1 Hvem kan være koordinator? ... 12
3.1.1 Koordinators rolle og ansvar ... 12
3.1.2 Betydningen av tid, prosess og relasjon ... 12
3.2 Målinger/dokumentasjon av erfaringer ... 12
4.0 Resultat – hva har skjedd? ... 13
4.1 Har tjenestemottakerne fått et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud? ... 13
4.1.1 Tjenestemottakernes tilfredshet med tjenestetilbudet ... 14
4.1.2 Pårørendes tilfredshet med tilbudet ... 15
4.1.3 Oppsummering ... 18
4.2 Har koordinatorene fått en praksisnær opplæring i forhold til å koordinere tilbudet til tjenestemottaker? 19
4.2.1 Opplæring og veiledning ... 19
4.2.2 Hvordan fungerer koordinatorenes arbeidsprosess? ... 20
4.2.3 Utfordringer i koordineringsarbeidet ... 22
4.2.4 Oppsummering ... 22
4.3 Er VIP ved prosjektets slutt integrert og forankret hos ledere og medarbeidere? ... 23
4.3.1 ”Spredningsseminar” ... 23
4.3.2 Oppsummering ... 24
4.4 Er samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrket? ... 24
4.4.1 Erfaringskonferansene ... 25
4.4.2 Tilretteleggerfunksjonen ... 25
4.4.3 Oppsummering ... 25
4.5 Avdekking av systemproblemer. ... 26
4.5.1 Rekruttering av pasienter og koordinatorer ... 26
4.5.2 Det å få med legene ... 26
4.5.3 Tilrettelegging av koordineringsarbeidet ... 27
4.5.4 Mal for individuell plan ... 28
4.5.5 Ledelsesutfordringer ... 28
4.5.6 Oppsummering og anbefaling ... 29
5.0 Anbefalinger ... 30
Litteraturliste ... 32
Vedlegg ... 33

Vedlegg 1 Veileder for veiledere
Vedlegg 2 Håndbok for koordinatorer
Vedlegg 3 Evalueringshefte

Sammendrag

For å styrke tilbudet til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har Sykehuset Telemark HF og Skien kommune gjennomført et utviklingsprosjekt med navnet "Veien til Individuell Plan" - VIP. Prosjektet ble finansiert av Helse Sør RHF, og gikk over 3 år (2005 – 2007). Stiftelsen GRUK[1] (Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten) har ledet prosjektet.

Hovedmål:
Prosjektet hadde som hovedmål å utvikle en arbeidsmodell som kunne gi personer med sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud.

Delmål:
1. At koordinatorene får en praksisnær opplæring i forhold til å utforme og koordinere tjenestetilbudet i tett samarbeid med tjenestemottaker.
2. At VIP ved prosjektets slutt er integrert og forankret hos ledere og medarbeidere, slik at modellen kan spres videre så alle tjenestemottakere som har behov for det får utarbeidet en individuell plan.
3. At samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrkes.

VIP er bygget opp rundt følgende elementer:
- En styringsgruppe med representanter fra ledelsen i både sykehus og kommune, samt prosjektleder fra GRUK.
- To veiledere – en fra kommunen og en fra sykehuset, leder hver sin veiledningsgruppe. Det er til sammen tre slike grupper som hver består av ti koordinatorer fra Skien kommune og Sykehuset Telemark HF.
- Veilederne får felles veiledning av ekstern veileder.
- Fem felles erfaringskonferanser i løpet av prosjektperioden.
- Tilretteleggere på begge nivåene.
- To ledersamlinger for ledere i henholdsvis sykehus og kommune i løpet av prosjektet.

Målinger/dokumentasjon av erfaringer:
- Utfylling av evalueringsheftet[2] som dokumenterer den enkelte brukers og pårørendes tilfredshet med tilbudet, samt koordinators tilfredshet med selve koordineringen. Evalueringsheftet har blitt fylt ut to ganger i løpet av prosjektperioden.
- Referat fra veiledningsgrupper, erfaringskonferansene og styringsgruppemøter.
- Avsluttende samtaler med sentrale personer i prosjektet.

Resultat.

Tjenestemottakernes og de pårørendes tilfredshet med tilbudet.
Tjenestemottaker og pårørende er de nærmeste til å uttale seg i forhold til om det tilbudet de mottar er individuelt tilpasset og koordinert – slik hovedmålet for prosjektet er formulert. Støtte og respekt, kontinuitet/tilgjengelighet samt behovsdekning, er områder hvor både pårørende og pasienter opplevde stor tilfredshet i evalueringsrunde 1 og 2. Dette er et viktig funn og kan tilsi at målet om et individuelt tilpasset og koordinert tilbud er på vei til å bli

[1] GRUK inngikk fra 1. januar 2007 i Nasjonalt Kunnskapssenter - seksjon for kvalitetsutvikling.
[2] Vedlegg 1.

oppfylt for tjenestemottakerne i prosjektet. Medvirkning og informasjon peker seg ut som to områder med potensial for forbedring, selv om tilfredsheten hadde økt i evalueringsrunde 2.

Koordinatorenes tilfredshet med arbeidsprosessen.
Arbeidsprosessen består av følgende trinn – etablering, kartlegging, planlegging, koordinering og evaluering. Kartlegging, koordinering og etablering skårer høyest på tilfredshet i første evalueringsrunde, evaluering skårer lavest. Dette resultatet er naturlig i og med at det tok såpass lang tid å komme i gang med arbeidet at koordinatorene ikke hadde rukket å lage planen og evaluere arbeidet da evalueringsheftet skulle fylles ut første gang. Stor tilfredshet når det gjelder kartlegging er et viktig funn, fordi det handler om å gi et godt grunnlag for det videre planarbeidet. Planlegging handler om at det er utarbeidet en individuell plan og at de involverte parter har fått kopi av planen. Dette er et område med lav tilfredshet i første evalueringsrunde.

I andre evalueringsrunde har kun tre koordinatorer fylt ut sjekklisten for koordineringsprosessen. Enkeltstående høye eller lave poengsummer vil derfor slå uforholdsmessig sterkt ut. Resultatet må ses i lys av dette faktum. Programoppfyllelsen gikk litt ned i forhold til kartlegging, mens planlegging og ikke minst evaluering har hatt stor fremgang. Dette funnet er ikke uventet ettersom koordineringsprosessen hadde kommet lenger. Det betyr blant annet at pasienten faktisk har en individuell plan, at involverte parter har fått kopi av planen og at samarbeidet har kommet godt i gang.

Utfordringer i koordineringsarbeidet.

- Koordinatorene arbeider i en travel hverdag hvor de allerede har omfattende oppgaver og ansvar for mange pasienter. Det å sette seg inn i hva en individuell plan er, hvordan en slik plan lages, og opprette en god relasjon til en bruker som også trenger mye informasjon om det samme, tar tid.
- Intensjonen med individuell plan er at tjenestene skal koordineres og samordnes på tvers av nivå, sektorer og etater. Selv om helsepersonell er vant til å samarbeide med andre, er det å løfte blikket fra den praktiske hverdagen på egen arbeidsplass til å se pasienten i et helhetlig system noe som krever en økt grad av bevisstgjøring, tid, og mot til å ta kontakt og fremme pasientens behov.

Systemproblemer dokumentert gjennom VIP.
I løpet av VIP-prosjektet har det blitt identifisert følgende systemproblemer: Rekruttering av pasienter og koordinatorer, det å få med legene, tilretteleggingen av koordineringsarbeidet, malen for individuell plan, og ledelsesutfordringer.

Anbefalinger for det videre arbeidet.

- Det anbefales at det nedsettes en gruppe med representanter fra både kommunen og sykehuset. Gruppen bør bestå av toppledere, tilretteleggere, og representanter for koordinatorene og legene. Gruppen gjennomgår alle forslag til forbedringer som har kommet frem, og lager en fremdriftsplan for det videre arbeidet med individuell plan.
- Det anbefales at brukermedvirkning og informasjon til pasienter og pårørende vektlegges i det videre arbeidet.
- Det anbefales at alle nye koordinatorer får tilbud om et opplæringsprogram som skritt for skritt gjennomgår hva det vil si å arbeide med individuell plan.
- Det anbefales at veiledningsgruppene for koordinatorer og veiledere opprettholdes.

1.0 Innledning

For å styrke tilbudet til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har Sykehuset Telemark HF og Skien kommune gjennomført et utviklingsprosjekt med navnet ”Veien til Individuell Plan” - VIP. Prosjektet ble finansiert av Helse Sør RHF, og gikk over 3 år (2005 – 2007). Stiftelsen GRUK[3] (Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten) har ledet prosjektet som har hatt tre faser. I fase 1 – forprosjektet, ble det arbeidet med å tilpasse metoder og verktøy. I fase 2 ble det gjennomført et felles opplæringsprogram for 30 medarbeidere fra Sykehuset Telemark HF og Skien kommune. I fase 3 – hovedprosjektet, ble metoden innført for tjenestemottakere som trengte individuell plan, uavhengig av diagnose. Denne rapporten beskriver fase 3 med resultater.

Hovedmål:
Prosjektet hadde som hovedmål å utvikle en arbeidsmodell som kunne gi personer med sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud. Modellen skulle bygge på nasjonale føringer i forhold til individuell plan som blant annet vektlegger medvirkning av tjenestemottaker i planprosessen.

Delmål:
1. At koordinatorene får en praksisnær opplæring i forhold til å utforme og koordinere tjenestetilbudet i tett samarbeid med tjenestemottaker.
2. At VIP ved prosjektets slutt er integrert og forankret hos ledere og medarbeidere, slik at modellen kan spres videre så alle tjenestemottakere som har behov for det får utarbeidet en individuell plan.
3. At samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrkes.

Delmål 3 har vært underliggende i utformingen av prosjektet fra starten av, men ble først definert eksplisitt etter oppstart av prosjektet fordi samarbeidsaspektet står så sentralt i alt arbeidet med individuell plan.

VIP bygger på erfaringer fra arbeidet med Koordinering av psykososialt arbeid (KPA). Denne modellen ble utviklet og prøvd ut i forhold til personer med psykiske lidelser, og er videreutviklet og prøvd ut i forhold til voksne personer med kreft i palliativ fase. Modellen er også revidert og tilpasset arbeidet med barn og unge.[4]

1.1 Bruk av begrep

I rapporten brukes følgende begrep om den personen som mottar tjenester: ”Pasient”, ”bruker” og ”tjenestemottaker”. Valg av begrep har sitt utgangspunkt i den sammenhengen begrepet benyttes. Begrepene ”tjenesteyter” og ”koordinator” blir begge brukt om den personen som yter tjenester. Igjen er det sammenhengen som bestemmer valg av begrep.

1.2 Hva er gode tjenester?

Sosial og helsedirektoratet har for perioden 2005 – 2015 kommet med en ny, nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten: … *og bedre skal det bli*![5] Strategien presiserer at tjenester av god kvalitet:

[3] GRUK inngikk fra 1. januar 2007 i Nasjonalt Kunnskapssenter - seksjon for kvalitetsutvikling.
[4] www.gruk.no Her kan du lese mer om våre metoder, blant annet om erfaringer med KPA.
[5] Strategien kan lastes ned fra www.shdir.no. Den er lettlest, praktisk og god!

- Er virkningsfulle.
- Er trygge.
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse.
- Er samordnet og preget av kontinuitet.
- Utnytter ressursene på en god måte.
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

For å nå målene skal det fokuseres på følgende innsatsområder: Styrke brukeren og utøveren, forbedre ledelse og organisasjon, styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene, og følge med og evaluere tjenestene. Når det gjelder kvalitet i helsetjenesten understrekes betydningen av sammenhengende og helhetlig behandlingstiltak på tvers av tjenestetyper og nivåer. I tillegg understrekes det at brukerne skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale. Brukerne opplever hvordan tjenesten fungerer i praksis og kan derfor bidra når det gjelder forbedringer av systemet. I møte mellom den enkelte utøver og bruker skal brukernes innsikt i egen sykdom eller livssituasjon anerkjennes (1).

VIP er bygd opp i tråd med … *og bedre skal det bli!*:

- Hovedmålet er å samordne tilbudet og sørge for sammenhengende og koordinerte tjenester.
- Tjenestemottakerne styrkes gjennom å medvirke i utarbeidelsen av sin egen individuelle plan – brukermedvirkning på individnivå.
- Utøverne styrkes gjennom systematisk og regelmessig undervisning og veiledning.
- Ledelse og organisasjon utvikles blant annet gjennom tettere samarbeid mellom ulike avdelinger og nivåer, deltakelse på felles erfaringsseminar, og ved tilretteleggelse av koordinatorarbeidet. I tillegg er det et sterkt fokus på systemforbedringer og ledernes rolle i prosjektet.
- Evalueringen sikres gjennom regelmessige målinger av tilfredshet og tilbakemeldinger til styringsgruppen, samt konferanser med utveksling av erfaringer.

VIP bidrar dermed til å gjennomføre den nye nasjonale strategien i praksis!

1.3 Hensikten med individuell plan

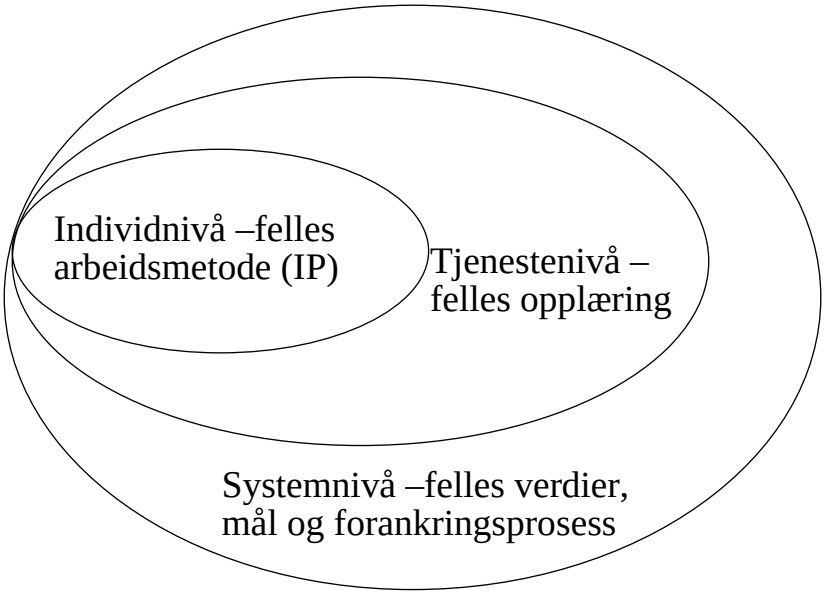
Hensikten med individuell plan er å sikre pasienter som trenger det et helhetlig og koordinert tilbud fra helse- og sosialtjenesten. Mange tjenestemottakere, eller deres pårørende, må selv fungere som koordinator i en uoversiktlig og byråkratisk jungel av tilbud. Stortingets ønske i forbindelse med å lovfeste rett til individuell plan var nettopp å avlaste brukere og pårørende i koordineringsarbeidet (2). Samtidig som pasienter med rett til individuell plan har omfattende behov for tjenester, har mange stor innsikt og mye kunnskap om egen sykdom og situasjon. Denne kunnskapen er det viktig å få frem i arbeidet med individuell plan – ikke minst fordi det er tjenestemottakers egne mål som skal være styrende når det gjelder utforming av tiltak. Koordinators faglige kunnskaper og erfaring må virke sammen med tjenestemottakerens kunnskap og erfaring for å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester. Veileder for individuell plan (2005) beskriver betydningen av rolleendring for å sikre likeverdighet i arbeidet. Koordinatoren skal lytte til tjenestemottakeren og høre hele personens historie.

Det er en viktig oppgave for en koordinator å motivere tjenestemottakeren til å engasjere seg i koordineringsarbeidet. Enkelte tjenestemottakere har imidlertid ikke krefter eller vilje til å delta i arbeidet. I slike situasjoner blir samarbeidet med de pårørende ekstra viktig. I evalueringsskjemaet

til VIP-prosjektet er det lagt inn muligheter for både pasienter og pårørende til å skåre tilfredsheten med det tilbudet som mottas.

2.0 Beskrivelse av prosjektet

VIP-prosjektet inneholder tiltak rettet både mot individnivå, tjenestenivå og systemnivået i helsetjenesten. Dette kan illustreres på følgende måte:



I de følgende punktene vil organiseringen av prosjektet bli gjennomgått.

2.1 Organisering

VIP er et samarbeidsprosjekt mellom Skien kommune og Sykehuset Telemark HF. Det formelle samarbeidet er bygget opp rundt følgende elementer:

- En styringsgruppe med representanter fra ledelsen i både sykehus og kommune, samt prosjektleder fra GRUK.
- To veiledere – en fra kommunen og en fra sykehuset, leder hver sin veiledningsgruppe. Det er til sammen tre slike grupper som hver består av ti koordinatorer fra Skien kommune og Sykehuset Telemark HF.
- Veilederne får felles veiledning av ekstern veileder.
- Tre felles erfaringskonferanser i løpet av prosjektet i tillegg til felles opplæringskonferanse som oppstart av prosjektet, samt en sluttkonferanse.
- Tilretteleggere på begge nivåene. Funksjon: Sikre samhandling/kommunikasjon mellom nivåene, lederne og koordinatorene, og i tillegg kunne ha en del praktiske oppgaver i forbindelse med konferansene.
- To felles ledersamlinger i løpet av prosjektet for ledere i sykehus og kommune.

2.1.1 Betydningen av tett samarbeid mellom sykehus og kommune.

Både praktisk erfaring fra arbeidet med individuell plan og forskning på området, har vist at tett samarbeid mellom sykehus og kommuner er helt nødvendig for å oppnå et helhetlig og sammenhengende tilbud til tjenestemottakerne (3,4,5). Manglende samarbeid mellom disse to nivåene har gjennom en lang periode vært en av de største utfordringene for helsetjenesten i Norge, og noe av bakgrunnen for å lovfeste rett til individuell plan (2). Det var derfor en bevisst strategi i planleggingen av VIP at det måtte satses på et tett samarbeid mellom Skien kommune og Sykehuset Telemark HF. Samarbeidet ble tydeliggjort allerede i forprosjektet hvor kommunen og sykehuset deltok på et likeverdig grunnlag. I tillegg har ledere fra kommunen og sykehuset sittet i styringsgruppen, veiledere fra kommune og sykehus har sammen ledet veiledningsgruppene, og koordinatorene har deltatt i felles veiledningsgrupper.

2.2 Forankring i ledelsen

Erfaringer når det gjelder implementeringen av individuell plan har vist at uten en sterk forankring i ledelsen vil ikke tiltakene som iverksettes oppnå det som er hensikten med planen (3,4). Selv om koordinering av tiltak for pasienter som trenger det ikke er noe nytt i seg selv, handler individuell plan om noe mer – brukermedvirkning satt i system, holdningsendring og endring i roller. Den kunnskapen som finnes når det gjelder individuell plan så langt, viser at hele systemet må gjennom en lærings- og utviklingsprosess (2,3,4). Det handler om:

- Bevisstgjøring av felles mål, verdier og arbeidsformer.
- Utvikling av system for samarbeid mellom ulike nivå, enheter og etater.
- Sikring av legitimitet og rammebetingelser.
- Systemproblemer løftes opp til ledelsen og tas tak i så raskt som mulig.

God forankring i ledelsen er derfor helt nødvendig for å lykkes med individuell plan.

2.3 Opplæring og veiledning

2.3.1 Opplæring

I fase 2 ble det gjennomført et opplæringsprogram for deltagerne i prosjektet med tema som - det å lytte til bruker og la brukers mål styre arbeidet, det å tilegne seg kunnskap om andre etaters arbeidsområder, hvordan jobbe systematisk, hvordan utarbeide individuell planer, og det å samarbeide på tvers av profesjoner og nivå. I opplæringen ble det vektlagt at planprosessen skulle gjennomføres i et så tett samarbeid som mulig mellom tjenestemottakeren, eventuelle pårørende og koordinator.

2.3.2 Veiledning av koordinatorene

Koordinatorene i VIP-prosjektet fikk veiledning i gruppe hver 14. dag i starten, og deretter ca. hver 3. uke. Det har vært 2 veiledere i hver av gruppene – en fra kommunen og en fra sykehuset, og veilederne har samarbeidet mellom samlingene.

Et sentralt og gjennomgående tema i veiledningsgruppene har vært den utfordringen det er å delta i et prosjekt, samtidig som man skal ivareta sitt daglige arbeid. Selv om deltagerne har vært vant til å tenke koordinering og samarbeide med brukere og pårørende fra før, var den strukturerte måten å tenke på når det gjelder individuell plan både ukjent og krevende. Det å minne hverandre på at de faktisk deltar i et banebrytende arbeid innenfor helsetjenesten, var et

verktøy til å opprettholde motivasjonen i en travel hverdag. At deltakelse i prosjektet ga faglig påfyll, og ikke minst økte kvaliteten på tjenestene overfor den enkelte bruker, var også en motiverende faktor.

2.3.3 Veiledning av veilederne

Veilederne i VIP-prosjektet har mottatt veiledning av ekstern veileder i hele prosjektperioden. Det har til sammen vært gjennomført 15 veiledninger à 2 timer. Veiledningen har hatt fokus på veilederne og de utfordringene de møtte i gruppene. Målet var å hente og dele erfaringer med hverandre. Refleksjonene i veiledningstimene dreiet seg mye om ”*egen rolle som veileder*” og ”*hvordan lede prosesser*”. Veilederne hadde ulik erfaring med veiledning fra før av. Noen hadde en formell veilederutdanning, mens andre viste seg å være ”naturtalent”! Tema som hyppig har vært brakt inn i veiledningen:

- Hva bidrar til en god ”gruppekultur”?
- God struktur i veiledningene er viktig for å få til gode prosesser.
- Hvor tydelig kan en være på forventninger når en vet hvor travle koordinatorene er i det daglige?
- Det er naturlig og vanlig å være opptatt av egen rolle som veileder når en er ny i rollen. Trøsten er at det går over…
- Det er viktig å sikre at gruppen har en felles begrepsforståelse i forhold til temaer som drøftes.
- Hvordan kan vi hjelpe og motivere koordinatorene til valg av pasienter – særlig dem som har vanskelig for å komme i gang?
- Veiledning er å bidra til framdrift i koordineringsarbeidet.

2.3.4 Erfaringskonferanser

Et sentralt element i VIP er de felles erfaringskonferansene som ble gjennomført i prosjektperioden. Hensikten med konferansene har vært å dele erfaringer og synspunkter, kompetanseutvikling, møteplass – bli kjent, og inspirasjon til videre arbeid. Her møttes ledere, veiledere, koordinatorer, tilretteleggere, prosjektleder- og medarbeidere, og ekstern veileder. Antall deltakere har ligget stabilt mellom 50 og 60. Den første konferansen ble avholdt 15. mai 2005. Det har til sammen vært avholdt 5 konferanser, inkludert oppstarts-, sprednings- og sluttkonferanse.

Tema som har vært tatt opp: Dele historier om koordineringsarbeid som virker for å lære av de gode grepene, gjennomgang av evalueringsheftet, opplæring i forhold til lovverk og føringer når det gjelder brukermedvirkning, hvordan opprettholde implementeringen av individuell plan etter at prosjektperioden er over, og hvordan spre resultatene til andre deler av helsetjenesten. En viktig ingrediens på alle seminarene har vært gruppearbeidet hvor deltagerne har delt erfaringer og drøftet aktuelle utfordringer. Metoden som ligger til grunn for innholdet i erfaringskonferansene er Appreciative Inquiry (AI): Det handler om å legge merke til og anerkjenne det beste hos hverandre, undersøke og oppdage gjennom å stille spørsmål, og å lære av de gode eksemplene.

2.4 Tilretteleggerfunksjonen

Tilretteleggerfunksjonen har vært en grunnpilar i VIP-prosjektet. Bakgrunnen for denne funksjonen er blant annet erfaringene fra KPA-prosjektene, som viste behovet for å ha en person som kunne sikre samhandling/kommunikasjon mellom nivåene, lederne og

koordinatorene, og i tillegg ha en del praktiske oppgaver (6). Tilbakemeldinger fra tilretteleggerne viste at det var noe usikkerhet i forhold til hva rollen som tilrettelegger egentlig innebar i begynnelsen, men rollen ble tydeligere etter hvert:

- Bidra til å finne koordinatorer.
- Erfaringskonferansene: Organisere påmeldingen, lage permer og kopiere alt materialet som skulle deles ut til deltagerne, bestille frukt og mat, sørge for at alt var ivaretatt i forhold til lokaler og catering, og rydde etter at konferansene var ferdige.
- Oppfølging av veilederne: Formidle beskjeder etc. til ledere, alt fra å melde fra at noen ikke har møtt på veiledning over en periode til hvordan man skal få frigjort tid.
- Oppfølging av koordinatorer og ledere: Kontakt med koordinatorer pr. telefon. Ofte praktiske ting som kan løses der og da. Være behjelpelig med å finne brukere som har behov for koordinering. Samtaler med alle lederne og koordinatorene for å høre hvordan det går. Undervisning der hvor koordinatorene ikke fikk med seg opplærings-seminaret.

2.5 Økonomi

Hovedprosjektet i VIP har blitt støttet av Helse Sør med kr. 580.000. Disse midlene har gått med til å dekke:

- Ekstern prosjektledelse og veiledning.
- Praktiske utgifter til materiell.
- Kostnader i forbindelse med fem konferanser.
- Noe dekning for innleie av ekstravakter i forbindelse med koordinatorers deltakelse i prosjektet.

Når det gjelder det siste punktet er det langt mellom de reelle kostnadene og kompensasjonen. Men styringsgruppa ønsket å gi noen midler som skulle stimulere til å sette av tid for koordinatorene. Ledere ble oppfordret til å søke om dekning av dokumenterte utgifter i forbindelse med koordinatorenes aktivitet. Det kan også nevnes at forprosjektet også fikk økonomisk støtte fra Helse Sør.

3.0 Koordineringsarbeid

Helse- og sosialarbeidere læres opp til å ”se hele pasienten”, dvs. ikke kun fokusere på sykdom/lidelse/problem/funksjonshemning, men også på ressurser/nettverk og familie – hele livssituasjonen. I lys av denne tenkningen er det å koordinere – dvs. prøve å få brukerens totale tjenestetilbud til å henge sammen, ikke noe nytt. Det nye er at helse- og sosialtjenesten nå har fått en lovbestemt plikt til å koordinere brukernes tilbud. Bestemmelsene har blitt tatt inn i lovverket ikke minst på bakgrunn av kunnskap om den store påkjenningen det er for brukere og deres pårørende å ha ansvaret for selv å koordinere tilbudet.

3.1 Hvem kan være koordinator?

Koordinering handler i korthet om å sikre oppfølgingen av tjenestemottakeren (2). Det stilles ingen formelle kompetansekrav i lovverket til hvem som skal være koordinator. Men i Veileder for individuell plan (2005) understrekes behovet for kontinuitet og stabilitet hos de som påtar seg en slik oppgave. Koordinatorrollens betydning og omfang tilsier dessuten at personen som innehar denne rollen både må ha kjennskap til helsetjenesten, høy faglig kompetanse og personlig egnethet. Både sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, vernepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter har vært koordinatorer i VIP.

3.1.1 Koordinators rolle og ansvar

I koordinatorfunksjonen slik den beskrives i VIP inngår følgende oppgaver:

- Opprette en god relasjon til brukeren.
- Samarbeide med pårørende.
- Etablere kontakt og samarbeid med tjenestenettverket.
- Kartlegge tjenestemottakerens situasjon, ressurser, mål og behov for tiltak.
- Utarbeide en skriftlig individuell plan for oppfølgingen.
- Samordne og gjennomføre planen.
- Evaluerer arbeidet.

Beskrivelsen er en utdypning av Veileder til forskrift om individuell plan (2005) som understreker at koordinatorens arbeidsoppgave er å sikre oppfølgingen av tjenestemottaker og en god framdrift i planprosessen.

3.1.2 Betydningen av tid, prosess og relasjon

Veileder for individuell plan (2005) understreker at ingen brukere er like og at planprosessen derfor må ha et individuelt perspektiv. Det understrekes dessuten at det må brukes tid på oppbyggingen av en god relasjon mellom brukeren og koordinator. Denne tankegangen er en bærebjelke i VIP-prosjektet og tydeliggjøres både i opplæringen, veiledningen og på erfaringskonferansene.

3.2 Målinger/dokumentasjon av erfaringer

Det har vært en forutsetning i VIP-prosjektet at resultatene skal dokumenteres. Dette har blitt gjort på følgende måte:

- Gjennom utfylling av evalueringsheftet[6] som dokumenterer den enkelte brukers og pårørendes tilfredshet med tilbudet, samt koordinators tilfredshet med selve

[6] Vedlegg 1.

koordineringsprosessen. Evalueringsheftet har blitt fylt ut to ganger i løpet av prosjektperioden.
- Gjennom referat fra veiledningsgrupper, erfaringskonferanser og styringsgruppemøter.
- Gjennom avsluttende samtaler med sentrale personer i prosjektet.

Presentasjonen av resultatene i neste kapittel tar utgangspunkt i hovedmålet og delmålene for prosjektet.

4.0 Resultat – hva har skjedd?

I prosjektperioden har 30 koordinatorer jobbet systematisk for å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester for sine pasienter/brukere. Verktøyet som har blitt benyttet er individuell plan. Resultatene er innhentet på den måten som ble beskrevet i punkt 3.2 Målinger. Vi har valgt å belyse de ulike punktene i kapitlet ved hjelp av sitat innhentet både fra åpne kommentarer i evalueringsheftet, og de avsluttende samtalene med to ledere og to koordinatorer.

I første runde fikk vi inn 11 evalueringshefter – 36 %, og i andre runde 5 – 17 %. Til sammen var fem hefter ufullstendig utfylt fordi koordinators evaluering av egen arbeidsprosess – del 4, manglet. Årsaken som ble oppgitt til dette, var at koordinator ikke hadde kommet langt nok i prosessen til å evaluere alle punktene. Flere koordinatorer ga tilbakemelding om at de hadde liten tid til å sette seg ned med skjemaet, og opplevde usikkerhet i forhold til hvordan det skulle fylles ut. Dessuten har det i ettertid kommet frem usikkerhet fra veiledernes side i forhold til om evalueringsheftet skulle fylles ut en eller to ganger. Det kan være at prosjektledelsen/styringsgruppen burde hatt større fokus på evalueringsheftet i løpet av prosessen. Selv om antall utfylte hefter er lavt, kan det likevel si noe om tendenser når det gjelder tilfredshet med tilbudet og koordineringsprosessen. Resultatet er dessuten vurdert opp mot tidligere rapporter når det gjelder koordineringsarbeid, og erfaringer innhentet i konferansene. Tidligere KPA-prosjekt har også strevet med å få inn et større antall evalueringshefter (6). Det er en viktig utfordring å både jobbe med å øke motivasjonen til å måle effekt, og måten effekt måles på. GRUK har forsøkt å forenkle evalueringsheftet, men det er fortsatt ikke enkelt nok – noe kommentarene både fra pårørende, pasienter og koordinatorer viser.

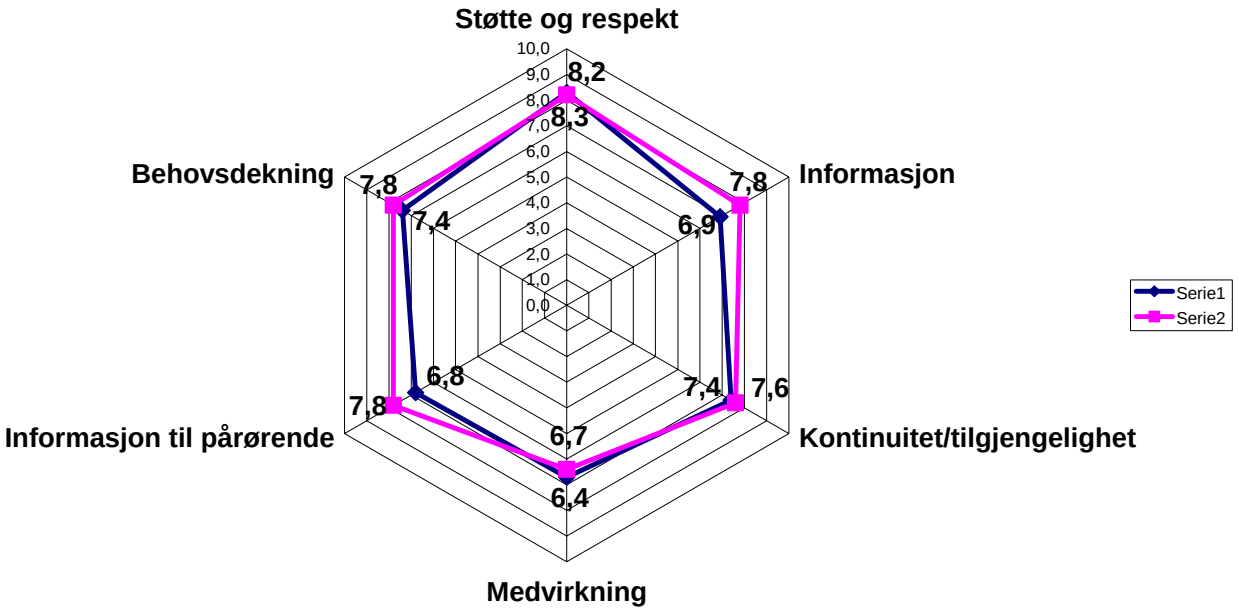
4.1 Har tjenestemottakerne fått et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud?

Hovedmålet med prosjektet har vært å utvikle en arbeidsmodell som kan gi personer med sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud. ”Individuelt tilpasset og koordinert” er konkretisert gjennom områdene: Støtte og respekt, kontinuitet og tilgjengelighet, informasjon, medvirkning, informasjon til pårørende og dekning av behov. Tjenestemottakernes tilfredshet i forhold til disse områdene fremkommer i del 2 i evalueringsheftet gjennom skåringer og åpne kommentarer til hvert av punktene[7]. Ti poeng er fullt skår og tilsier høy tilfredshet, jo nærmere null poeng - jo lavere tilfredshet. Det er de samme pasientene og koordinatorene som har fylt ut evalueringsheftet i første og annen runde.

[7] For mer informasjon om poengfordeling når det gjelder områdene - se vedlegg 1 Evalueringshefte.

4.1.1 Tjenestemottakernes tilfredshet med tjenestetilbudet

Figur 1 viser tjenestemottakernes tilfredshet med tilbudet målt i to serier. De aller fleste målingene ble utført etter at arbeidet med koordinering hadde pågått over noe lengre tid enn ønskelig. Serie 1 kan derfor ikke ses på som en ren ”før-måling”.



Figur 1: Tjenestemottakernes tilfredshet med tilbudet.

Den første gangen tilbudet ble evaluert, serie 1 – blå, var tjenestemottakerne mest tilfreds med den støtte og respekt de hadde opplevd, samt med kontinuitet/tilgjengelighet i tilbudet og dekning av behov. Tilfredsheten kan illustreres gjennom følgende sitat fra to ulike tjenestemottagere:

> ”*Vi er svært fornøyd med den oppfølgingen vi får. Opplever at alle er hyggelige og omsorgsfulle*”, og ”*Koordinator er veldig tilgjengelig*”.

Samtidig viser følgende kommentar fra en av de andre pasientene at det absolutt er rom for forbedring når det gjelder dekning av behov:

> *”Ringer jeg etter hjelp hender det at jeg må sitte og vente lenge. Eksempel: Ringer på ettermiddagen for å få hjelp til å ta på buksa etter toalettbesøk. Kan da ta lang tid før de kommer”.*

Poengsummen de ovennevnte områdene oppnådde i første runde er høy til å være i startfasen av arbeidet med individuell plan. Men resultatet stemmer overens med det andre rapporter og undersøkelser viser, og kan ha sammenheng med den positive opplevelsen det er i seg selv å få tildelt en koordinator (2,4,5,7). Målgruppen for individuell plan og deres pårørende har ofte, og over lang tid, måttet koordinere et komplisert og uoversiktlig tilbud på egenhånd.

Tjenestemottakerne er minst fornøyd med medvirkning og informasjon – både i forhold til seg selv og sine pårørende. Dette funnet er også i tråd med andre undersøkelser (4,5,6,8).

Et sentralt poeng når det gjelder tolkning av resultatene fra serie 2, er at vi kun fikk inn 5 evalueringshefter. Dette betyr at ekstra lave og ekstra høye poengsummer på enkelte områder vil slå kraftig ut og påvirke resultatet uforholdsmessig mye. Med denne betenkningen i bakhodet har vi likevel valgt å ta med resultatene fra begge seriene for å se i hvilken retning tilfredsheten har utviklet seg over tid når det gjelder bruk av individuell plan. I serie to – rosa, var tjenestemottakerne mest tilfreds med støtte og respekt – selv om tilfredsheten hadde sunket - fra 8,3 til 8,2. En reduksjon i tilfredsheten har det også vært i forhold til medvirkning – fra 6,7 til 6,4. Tilfredsheten i forhold til behovsdekning har økt – fra 7,4 til 7,8. Informasjon er det området som har den mest markerte fremgangen i forhold til tilfredshet, dette gjelder både informasjon generelt (fra 6,9 – 7,8) og informasjon til pårørende (fra 6,8 – 7,8).

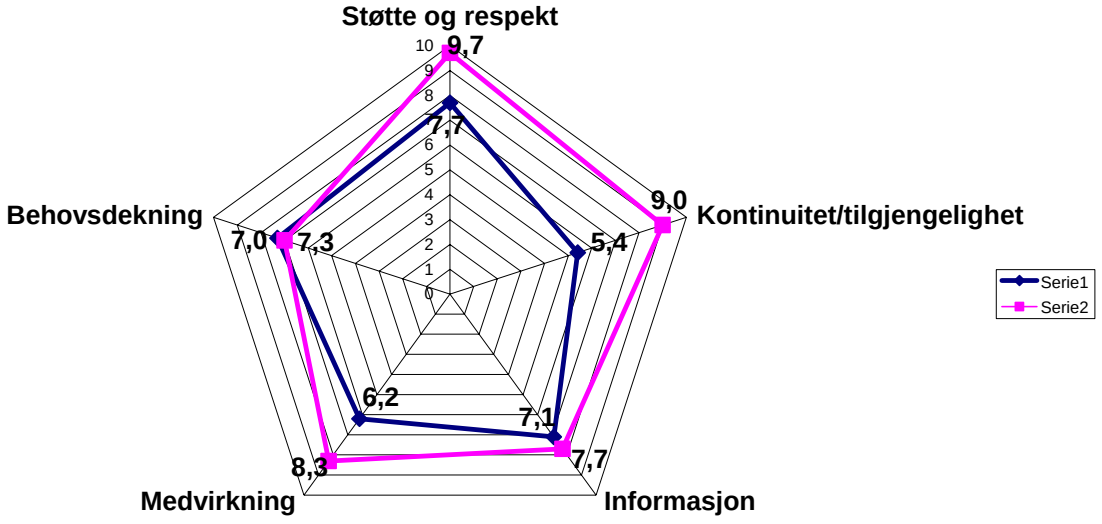
Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester må forholde seg til mange ulike personer, etater og nivå i helse- og sosialtjenesten. Gjennom åpne kommentarer i evalueringsskjemaet har både pasienter og pårørende kommentert hvor viktig det er å ha færrest mulig personer i hjelpeapparatet å forholde seg til. Dette gjelder ikke minst i hjemmesykepleien.

> ”*Det som kan forbedres er at jeg ikke får så mange forskjellige pleiere hjem til meg. Men det er bedre nå*”.
>
> ”*Det går bra med de gamle hjelperne jeg kjenner. Men jeg ønsker ikke nye folk hele tiden*”.
>
> ”*Jeg er helt avhengig av mine pårørende, eller godt kjent personale*”.
>
> ”*Jeg tenker at hvis mine foreldre ikke passer på, så vil det ikke gå så bra*”.

Åpne kommentarer fra pårørende var overrepresentert i forhold til kommentarer fra pasientene. Dette har sannsynligvis med pasientenes situasjon/sykdom å gjøre.

4.1.2 Pårørendes tilfredshet med tilbudet

Pårørendes tilfredshet med tilbudet fremkommer i evalueringsheftet - del 3, gjennom skåringer og åpne kommentarer i forhold til områdene – støtte og respekt, kontinuitet og tilgjengelighet, informasjon, medvirkning og dekning av behov. Figur 2 viser pårørendes tilfredshet med tilbudet.



Figur 2: Pårørendes tilfredshet med tilbudet.

I serie 1 er pårørende – i likhet med pasientene, godt fornøyd med den støtte og respekt de opplever. I de åpne kommentarene blir både koordinator, fastlegen og annet helsepersonell omtalt som ”gode hjelpere”. Eksempel: *”Primærlegen har vi nær og god kontakt med (i mer enn 30 år). Samme gjelder i hovedsak sykehuset. Her har vi kjempet og sloss for den respekten og de gode samtalene som måtte finnes”*.

Kontinuitet/tilgjengelighet får også en relativt høy poengsum i serie 1 i forhold til at skåringen ble gjort tidlig i arbeidsprosessen med individuell plan. Funnet kan – på samme måte som for pasientene, henge sammen med den positive opplevelsen det er i seg selv å få tildelt en koordinator (2,4,5,7). Tilfredsheten hos de pårørende er lavest i forhold til informasjon og medvirkning, slik det også viste seg under gjennomgangen av pasientenes tilfredshet med tilbudet. Sitat fra de pårørende som illustrerer dette funnet:

> ”*Generelt oppleves det som at vi selv må ta initiativ og ansvar for å kommunisere, både angående opplysninger og eventuelt veiledning*”.
>
> ”*For mange tilfeldigheter (fortsatt – det har vært verre). At vi som foreldre til enhver tid må se til at ting fungerer. At selvfølgeligheter blir selvfølgeligheter – at for eksempel prosedyrer og kvalitetssikringssystem blir fulgt. Vi opplever stadig skremmende overraskelser*”.

Følgende sitat sier noe generelt om de pårørendes tilfredshet med tilbudet og understreker samtidig betydningen av fleksibilitet:

> ”*Vi opplever tilbudet som meget bra, med faglig dyktighet og god kommunikasjon alle veier. Hjemmetjenesten møter som avtalt men viser fleksibilitet ved behov*”.

I serie 2 er tilfredsheten meget stor når det gjelder områdene støtte og respekt, kontinuitet/tilgjengelighet og medvirkning. I forhold til alle disse områdene er det stor fremgang. Det er viktig å bemerke at kun tre pårørende har skåret tilfredsheten i serie 2. Det er derfor umulig å si noe om disse høye poengsummene gjenspeiler den gjennomsnittlige tilfredsheten hos resten av de pårørende. Når dette er sagt er det gledelig at tre pårørende/ familier er så tilfredse med den støtten og respekten, kontinuiteten/tilgjengeligheten og medvirkningen de opplever. Tilfredsheten med informasjon øker også fra serie 1, mens tilfredsheten med behovsdekning viser en liten nedgang uten at det er mulig ut fra evalueringsskjemaet å finne noen forklaring på dette.

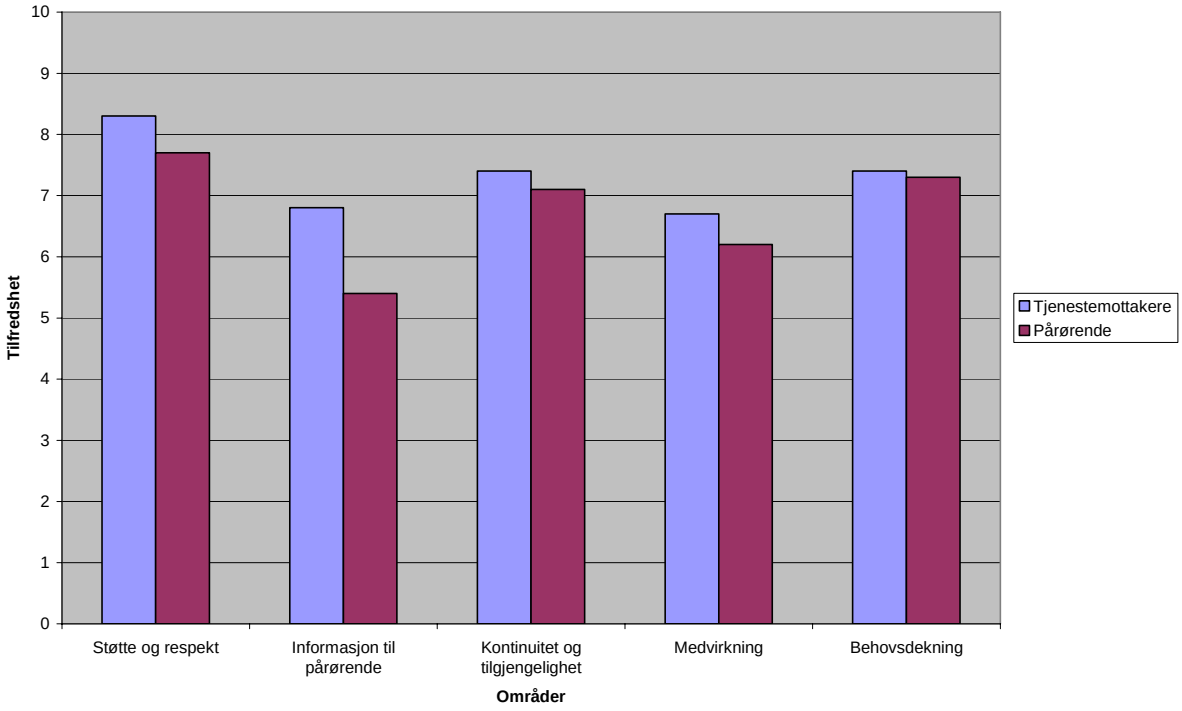
Flere pårørende, både i første og andre serie, har vært opptatt av tidsaspektet i hjelpetilbudet, hvilket kan illustreres med følgende sitat:

> ”*Det har blitt mye bedre, tid er det store temaet her. Brukere med så store behov må det gis tid til. Hjelperne gjør så godt de kan, de har tidspress*”.

Det siste sitatet vi har valgt å ta med handler om pårørendes egne behov og maner til ettertanke: Tar vi ordentlig vare på pårørende – eller ser vi dem kun som medhjelpere?

> ”*Jeg synes det er lett å snakke med hjelperne om brukers behov. Men ikke mine egne*”.

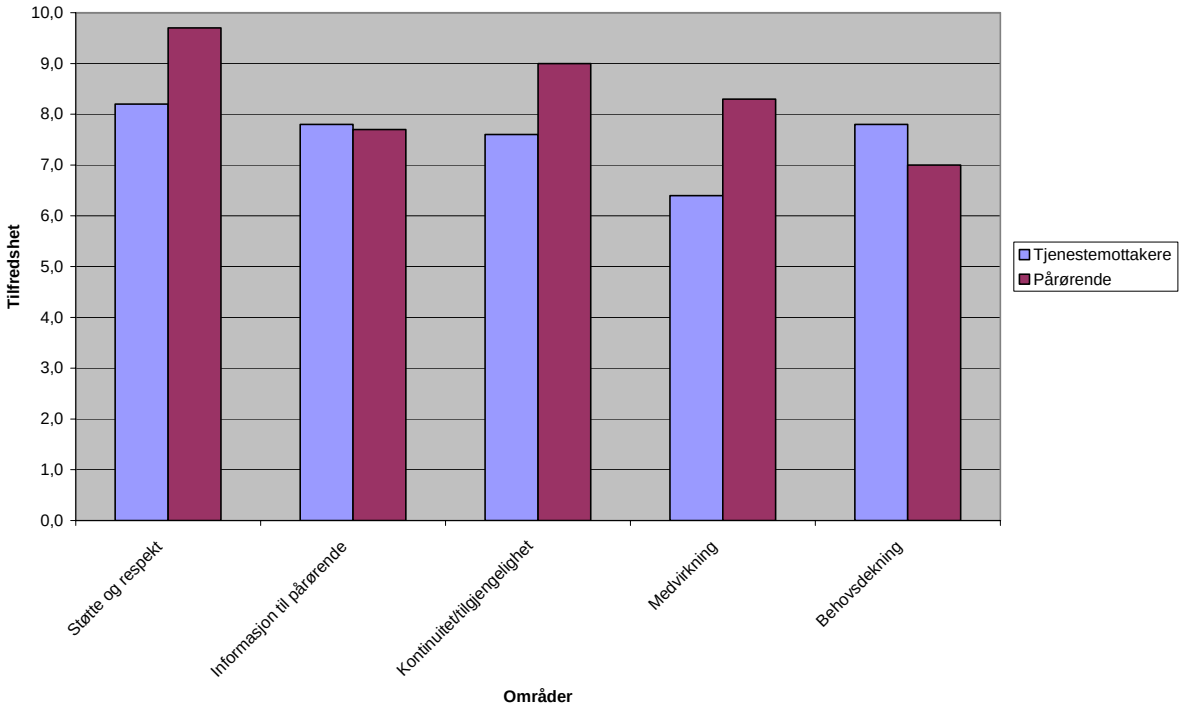
For å kunne sammenligne de pårørendes og pasientenes tilfredshet område for område og i begge seriene, har vi sammenstilt resultatene i Figur 3 og 4. Figur 3 – serie 1:



Figur 3: Sammenlikning av tjenestemottakernes og pårørendes tilfredshet serie 1.

Tjenestemottakerne og de pårørende er relativt samstemte når det gjelder tilfredshet i serie 1. De pårørende er gjennomgående litt mindre tilfreds enn pasientene, spesielt når det gjelder informasjon og medvirkning. Begge disse områdene har et stort potensial når det gjelder forbedring. Flere pårørende har i de åpne kommentarene gitt tilbakemelding om at informasjon er spesielt viktig slik at de selv kan ivareta pasienten på en bedre måte.

Figur 4 viser en sammenlikning mellom tjenestemottakernes og de pårørendes tilfredshet i serie 2:



Figur 4: Sammenlikning av tjenestemottakernes og pårørendes tilfredshet serie 2.

I serie 2 avviker resultatet fra serie 1: De pårørende er mer fornøyd enn pasientene på områdene støtte og respekt, kontinuitet/tilgjengelighet og medvirkning. Dessuten skårer disse tre områdene over 8,0 hvilket viser at tilfredsheten er stor hos de pårørende. Kun et av områdene – støtte og respekt, skårer like høyt hos pasientene. Resultatene i figur 4 illustrerer hvor store utslag enkeltresultat kan gi når svarprosenten er lav i undersøkelser. Samtidig viser resultatet at de tre pårørende som har fylt ut evalueringsskjemaet i serie 2 er meget fornøyd med tilbudet deres familiemedlem får!

4.1.3 Oppsummering

Tjenestemottaker og pårørende er de nærmeste til å uttale seg i forhold til om det tilbudet de mottar er individuelt tilpasset og koordinert – slik hovedmålet for prosjektet er formulert. Støtte og respekt, kontinuitet/tilgjengelighet samt behovsdekning, er områder hvor både pårørende og pasienter opplevde tilfredshet i serie 1 og 2. Dette er et viktig funn og kan tilsi at målet om et individuelt tilpasset og koordinert tilbud er på vei til å bli oppfylt for tjenestemottakerne i prosjektet. Medvirkning og informasjon peker seg ut som to områder med potensial for forbedring, selv om tilfredsheten hadde økt i serie 2.

4.2 Har koordinatorene fått en praksisnær opplæring i forhold til å koordinere tilbudet til tjenestemottaker?

4.2.1 Opplæring og veiledning

Opplæring og systematisk veiledning gjennom hele perioden har vært en sentral faktor i VIP-prosjektet. Resultatet av disse tiltakene fremkommer både i evalueringsheftet og i referatene fra veiledningsgruppene.

Det viste seg at koordinatorenes erfaring med veiledning varierte, og for flertallet var det noe nytt. Det ble derfor lagt ned mye arbeid i oppstarten for å avklare forventninger, lage ”kjøreregler” og utvikle felles begrepsforståelse når det gjelder tema omkring individuell plan. Det fremkommer i referatene at de veiledningsmøtene som var godt planlagt fra veiledernes side ga best utbytte for deltakerne. Reflekterende team ut fra eksempler som deltagerne la frem, og konkrete oppgaver à la ”Hvordan kan vi hjelpe hverandre til å komme i gang med koordineringsarbeidet”, viste seg å være nyttige verktøy i gruppene.

Utfordringer som fremkom fra koordinatorene var:

- Det å finne en pasient å koordinere for.
- Det å komme i gang med selve koordineringen.
- Det å fylle ut den individuelle planen.
- Det å få tid til å konsentrere seg om planarbeidet.

Underveis var uteblivelse pga. sykdom, deltakere som sluttet, skiftet jobb eller trakk seg midt i prosessen, utfordringer som veiledningsgruppene måtte forholde seg til. Etter hvert som selve koordineringsarbeidet kom i gang, ble fokuset i gruppene mer praktisk - koordinatorene viste utfylte planer til hverandre, og ga hverandre nyttige tilbakemeldinger.

Har opplæringen og veiledningen vært med på å nå målet om at koordinatorene skulle få en praksisnær opplæring i forhold til å koordinere tilbudet til tjenestemottaker? Konkrete tilbakemeldinger fra koordinatorene selv kan tyde på at målet langt på vei er nådd. Kombinasjonen av opplæring før hovedprosjektet startet, systematisk veiledning og deltagelse på erfaringskonferanser har gitt resultat. Følgende sitat som er hentet fra evalueringsheftet illustrerer dette:

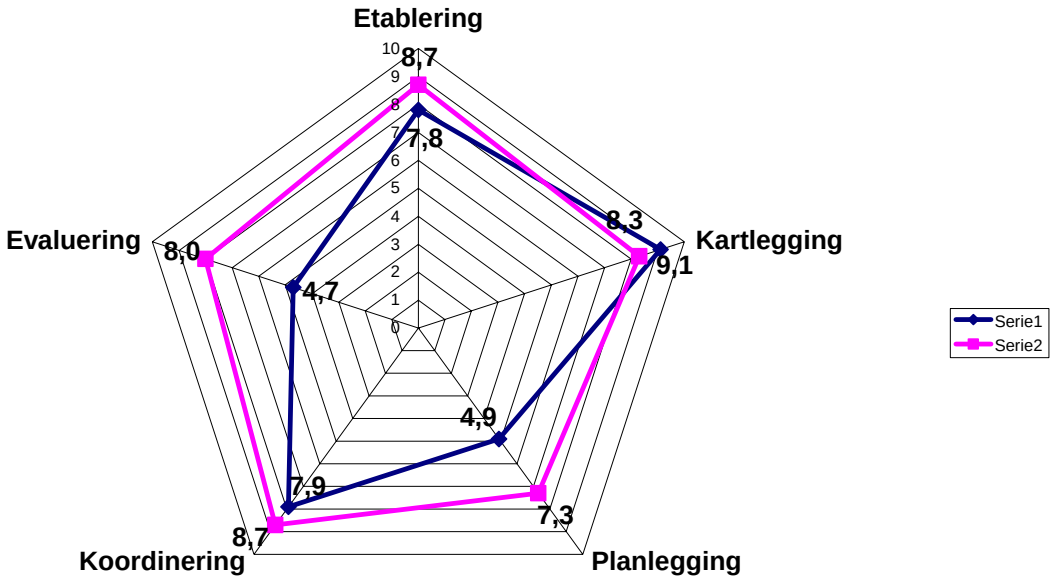
> ”*Godt med veiledning. Kjekt å ha noen å lufte problemer med. Få noen andres syn på løsningen av problem*”.
>
> ”*Veiledningen var nyttig og viktig… …Hjemmetjenesten hadde mer erfaringer enn meg… Jeg har fått mange tips. Det å ha grupper ”på tvers” har vært viktig og spennende*”.
>
> ”*Det å få være med og sette ting i system, og den tryggheten og forutsigbarheten det gir bruker, er flott*”.
>
> ”*I starten opplevde jeg prosessen veldig frustrerende! Hadde ingen erfaring med å arbeide med individuell plan, heller ikke sett det fungere i praksis. Brukte lang tid på å finne ut hvordan jeg skulle gripe utfordringen. Hva skulle jeg starte med, hvordan skulle jeg gå frem, hva var viktig, hvordan så en plan ut, hvordan skulle jeg fylle den ut osv. Savnet konkret innføring, litt sånn skritt for skritt. I ettertid sett at det kanskje*

ikke er like viktig det som står i planen. Ser at det å skape relasjon gjennom regelmessige møter har vært av stor betydning. Pasienten føler seg tatt på alvor".

Tilretteleggerfunksjonen, som blant annet "*holdt prosessen oppe*", har fått meget gode tilbakemeldinger fra koordinatorene. En slik funksjon har vist seg å være et viktig og nødvendig bindeledd mellom koordinatorene og lederne i kommunen og i sykehuset.

4.2.2 Hvordan fungerer koordinatorenes arbeidsprosess?

Arbeidsprosessen i forhold til individuell plan består av følgende trinn – etablering, kartlegging, planlegging, koordinering og evaluering. Koordinatorene har målt i hvilken grad de har oppfylt programmet på disse områdene (programoppfyllelse). Figur 5 viser programoppfyllelsen i serie 1 og 2:



Figur 5: Programoppfyllelsen serie 1 og 2.

I serie 1 pekte etablering, kartlegging og koordinering og seg ut som områder med høyest programoppfyllelse, mens evaluering hadde den laveste. Høy programoppfyllelse i forhold til kartlegging er et viktig funn fordi det handler om å gi et godt grunnlag for det videre planarbeidet; koordinator har oversikt over tjenestemottakers situasjon på sentrale livsområder, ressurser, ønsker og mål, prioritering av behov for tiltak osv. Planlegging handler om at det er utarbeidet en individuell plan og at de involverte parter har fått kopi av planen. Dette er et område med lav programoppfyllelse. Det samme gjelder evaluering. Det er naturlig i og med at det tok såpass lang tid å komme i gang med arbeidet at koordinatorene ikke hadde rukket å lage selve planen og evaluere arbeidet på en systematisk måte ved første runde med utfylling av evalueringsheftet.

I serie 2 har kun tre koordinatorer fylt ut evalueringsskjemaet når det gjelder koordineringsprosessen. Resultatet må derfor ses i lys av dette. Programoppfyllelsen har gått litt ned når det gjelder kartlegging, mens planlegging og ikke minst evaluering har hatt stor fremgang. Dette funnet er ikke uventet ettersom koordineringsprosessen har kommet lenger.

Det betyr blant annet at pasienten faktisk har en individuell plan, at involverte parter har fått kopi av planen og at samarbeidet har kommet godt i gang.

En evaluering av tidligere KPA-prosjekt viste at når programoppfyllelse er nådd opp til 70-80 prosent så er mange av de viktigste oppgavene i koordineringsprogrammet utført. Men det er viktig å være oppmerksom på at høy programoppfyllelse i seg selv ikke er tilstrekkelig til å avgjøre om arbeidet er sluttført på individnivå. Årsaken er blant annet at den enkelte pasient kan ha behov som ikke er fanget opp i programmet. Programoppfyllelsen gir en indikasjon på hvor langt arbeidet er kommet for den enkelte pasient, men det er bare pasienten selv og koordinator som vet når ting virkelig er ”på plass” (6).

Koordinatorene har kommentert arbeidet med individuell plan på følgende måte:

> ”*Både bruker og pårørende er fornøyde nå som de ser at dette arbeidet gir resultater. De var skeptiske i begynnelsen. Men nå stoler de på at tingene blir tilrettelagt*”.
>
> ”*Han hadde litt hjelp fra PU og hjemmesykepleien. Samhandlingen fungerte ikke. Det var litt uryddig og rotete. Det har det blitt en bedre avklaring på nå etter at han fikk individuell plan*”.
>
> ”*De fleste tilbud er på plass og fungerer bra. Samarbeidet går fint. Fin og åpen dialog med samarbeidspartnere. Bruker har nå søkt om personlig assistent*”.
>
> ”*Vi har ingen eller lite kontakt med pårørende fordi bruker ønsker å være så selvstendig som mulig. Han ordner stort sett opp i saker selv. I følge bruker er pårørende fornøyd når de ser at han har det bra og får den hjelpen han trenger*”.
>
> ”*Spennende. Utfordrende. Viktig og bra tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester – ser virkelig et behov. Dette skaper motivasjon til å bruke tid på individuell plan*”.
>
> ”*Koordinatorrollen er utfordrende*”.
>
> ”*Det å delta i prosjektet er spennende og lærerikt. I starten var min frustrasjon stor da jeg ikke følte at jeg hadde nok kunnskap om hvordan jeg skulle tilnærme meg individuell plan. Undervisningen var veldig generell og lite konkrete verktøy ble lagt frem for hvordan jeg skulle arbeide. I starten brukte jeg mye tid på planen og kartleggingen, men bruker i dag kanskje 2 timer*”.
>
> ”*Det er spennende og givende å delta i prosjektet. Det gir en påfyll og mening i en travel arbeidsdag. Det gir også stress fordi man ikke har tid til å jobbe med det som man ønsker*”.

Som vi ser viser sitatene at individuell plan fungerer etter intensjonen, og at det gir koordinatorene økt motivasjon til å fortsette arbeidet. Samtidig pekes det på at koordinatorrollen er utfordrende, og at frustrasjonen var stor i starten på prosjektet. Utfordringene i koordineringsarbeidet blir oppsummert i neste punkt.

4.2.3 Utfordringer i koordineringsarbeidet

Erfaringene fra VIP-prosjektet viser tre hovedutfordringer i koordineringsarbeidet:

- Koordinatorene arbeider i en meget travel hverdag hvor de allerede har omfattende oppgaver og ansvar for mange pasienter. Det å sette seg inn i hva en individuell plan er, hvordan en slik plan lages, og opprette en god relasjon til en bruker som også trenger mye informasjon om det samme, tar tid.
- Intensjonen med individuell plan er at tjenestene skal koordineres og samordnes på tvers av nivå, sektorer og etater. Selv om helsepersonell er vant til å samarbeide med andre, er det å løfte blikket fra den praktiske hverdagen på egen arbeidsplass til å se pasienten i et helhetlig system noe nytt som krever en økt grad av bevisstgjøring, tid, og mot til å ta kontakt og fremme pasientens behov.
- Ledere på ulike nivå i helsetjenesten har et press på seg til stadig å påta seg nye oppgaver. Et slikt press ovenfra vil spre seg nedover og kan gjøre det vanskelig å skape det nødvendige rom til å sette seg inn i arbeidet med individuell plan.

Tre sitat fra tre ulike koordinatorer illustrerer utfordringene i koordineringsarbeidet:

> ”*Savner oppfølging og interesse fra ledere. De ber deg delta i et prosjekt fordi de er pålagt å ”melde på noen”, og etterpå er det glemt*”.
>
> ”*Har fått lite tid til å jobbe med individuell plan. Har bedt om tid, men må da bruke tiden etter pause. Vanskelig å få ro til å jobbe for etter pause må vi dokumentere og blir stadig avbrutt av andre ting. Har bare fått lest deler av opplæringsheftet pga. mangel på tid på jobb som beskrevet. Merker på kurset at vi er litt ”prøvekaniner”. Mye som ikke er avklart*”.
>
> ”*Dette med tid er vanskelig å få til. Kommer jeg i god tid til leder er det lettere å få til å koordinere. Tidspunkt på dagen er også avgjørende. Lederen er viktig. De ser nok på at det kan gå mye tid i starten, men at det på sikt kan være arbeidsbesparende*”.

Betydningen av oppfølging og interesse fra leder, tid til å sette seg inn i individuell plan, samt koordinatorens eget ansvar for å gi tilbakemeldinger til leder gjenspeiles i disse sitatene.

4.2.4 Oppsummering

Konkrete tilbakemeldinger fra koordinatorene selv kan tyde på at målet om en praksisnær opplæring i forhold til å koordinere tilbudet til tjenestemottaker langt på vei er nådd. Kombinasjonen av opplæring før hovedprosjektet startet, systematisk veiledning og deltagelse på erfaringskonferanser har gitt resultat. Samtidig er det viktig å ta med videre at flere koordinatorer har ønsket seg en mer konkret opplæring – skritt for skritt, i forhold til hvordan arbeide med individuell plan. Når det gjelder programoppfyllelse kommer kartlegging, koordinering og etablering best ut. Det at kartlegging kommer så bra ut, kan tyde på at budskapet i opplæringen om hvor viktig et godt grunnlag er for det videre arbeidet er mottatt av koordinatorene.

Arbeidet med individuell plan i VIP har avdekket flere utfordringer i forhold til koordineringsarbeid: Det handler om alt fra det å finne en pasient å koordinere for til det å ha tid til å konsentrere seg om planarbeidet. Disse funnene er i tråd med tidligere forskning på området og må tas med i det videre arbeidet med individuell plan.

4.3 Er VIP ved prosjektets slutt integrert og forankret hos ledere og medarbeidere?

For å innhente data i forhold til om målet om integrering og forankring hos ledere og medarbeidere ved prosjektets slutt var oppnådd, ble det igangsatt to aktiviteter: Det ble avholdt et ”spredningsseminar” i juni 2007, og temaet har blitt diskutert i de avsluttende samtalene med sentrale personer i prosjektet.

4.3.1 ”Spredningsseminar”

På seminaret deltok alle som på en eller annen måte hadde vært delaktige i prosjektet. Tema for seminaret var: Hva må til for å sikre spredning av erfaringene som har kommet frem gjennom VIP slik at:

- flere brukere som har rett til det, får individuell plan
- flere ledere setter i gang arbeidet med koordinering
- flere helsearbeidere tar på seg rollen som koordinator

Med andre ord - hvordan få det systematiske arbeidet med individuell plan som nå har blitt gjennomført til å leve videre etter prosjektets slutt? Deltagerne ble oppdelt i grupper og bedt om å komme med kloke grep for å sikre spredning.

Kloke grep som kom frem var:

- Kontinuerlige veiledningsgrupper for koordinatorer på tvers av ulike nivå og sektorer.
- Koordinering av tjenester må være et sentralt tema i opplæringen av alle helsearbeidere, inkludert leger.
- Internundervisning om individuell plan i den enkelte avdeling.
- Ledere må være inspiratorer og pådrivere i koordineringsarbeidet.
- Nye koordinatorer må ha ekstra tid til å komme i gang med koordineringsprosessen.
- Suksesshistoriene/de gode resultatene må synliggjøres regelmessig.
- Pasienter som har rett til individuell plan må informeres om dette ved første møte.
- Individuell plan tas opp som ”månedens tema” i avdelingene.
- Individuell plan tas opp rutinemessig på rapporten 2 ganger pr uke for å sikre at alle brukere med behov får tilbud.
- Brukerens individuelle planer er kjent og synlig for samarbeidspartnere, ligger tilgjengelig hos pasienten, og blir lest av mottakende instanser.
- Ett felles, elektronisk, individuell plan system for kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Koordinator i kommunen møter pasienten på sykehuset før vedkommende skrives ut.

Både ledere, de som har vært veiledere og koordinatorene i VIP er viktige i forhold til spredning og for at prosjektet kan leve videre. Informasjon til kollegaer om nytteverdien for pasienter og pårørende av å ha en individuell plan, og at det er meningsfylt og spennende å være koordinator kan være med å sikre spredning.

Forslag til videre arbeid:
1. Ressurspersoner (ressursgruppe) må arbeide med individuell plan fokus fram til 2011.
2. Registrere data i forhold til individuell plan; hvem har behov for det/rett til det, hvem har fått tilbudet, hvem har individuell plan og hvem takker nei.

I tillegg vektlegger en av lederne i et avsluttende intervju at det kanskje bør vurderes å prioritere en stilling til arbeidet med individuell plan. En av koordinatorene fremhever betydningen av fortsatt veiledning, og at det settes av tid til koordinering i turnus:

> *"Det ville vært fint om en hadde en veiledningsgruppe å gå til f.eks. 1 gang pr. mnd. Jeg har en enhetsleder som er veldig positiv. Jeg tror det ville vært lurt om det ble satt av tid til koordinering på turnus. For eksempel en dag, så det ikke blir så oppstykket*".

En av de andre lederne uttaler følgende på spørsmålet - **hvor går veien videre?**

> *"For at prosjektet ikke skal dø hen, tror jeg at veilederne og koordinatorene i noen grad må fortsette et samarbeide. Kanskje de kunne "registrert noe" – rapportert om "spredningseffekten" i både1. og 2. linjetjenesten? Trolig vil det være viktig å holde "steamen" oppe i 1-2 år, eller til en opplever at dette går av seg selv. Hvis ikke dør det".*

4.3.2 Oppsummering

Den store aktiviteten i gruppene på "spredningskonferansen", og de kloke grepene som kom frem både fra ledere og medarbeidere for å sikre videreføring av prosjektet, kan indikere at målet om integrasjon og forankring langt på vei er nådd. Samtidig vil ikke spredning og integrasjon skje av seg selv, og det vil derfor være helt nødvendig at forslagene til videre arbeid blir iverksatt. Tidsaspektet har vist seg å være en kritisk faktor i arbeidet med individuell plan – det må settes av tid til opplæring, veiledning, selve arbeidet med den enkelte pasients plan, og evaluering av arbeidet. På spørsmålet "Hvilke tanker har du om gjennomføringen av VIP-prosjektet?" - svarte en av lederne:

> "*Jeg opplever at de som er deltakere, enten som veiledere eller koordinatorer, har et stort engasjement. For mange var nok dette å bevege seg på utrygg grunn – på tynn is, noe som trolig skapte en usikkerhet i starten. Flere og flere synes å se nytteverdien av individuell plan etter hvert. Jeg tror det vil skape positive ringvirkninger*".

4.4 Er samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrket?

Et bevisst fokus på hvor viktig samhandlingen mellom sykehus og kommune er, har vært en av grunnpilarene i VIP-prosjektet. Felles opplæring, felles veiledningsgrupper, veilederpar fra kommune og sykehus, styringsgruppe med ledere fra begge nivå og felles erfaringskonferanser har vært tiltak for å nå dette målet. Resultatet av den systematiske samhandlingen fremkommer i evalueringsskjemaene, i referat fra de ulike aktivitetene og i de avsluttende samtalene. Flere koordinatorer har i løpet av prosjektperioden gitt uttrykk for at kunnskapen om hverandres hverdag og tenkemåte har økt på tvers av nivåene. Et eksempel som uttrykker dette:

> *"Det med veiledning er viktig. Prate med andre i samme situasjon. Dele tanker og ideer. Personer på sykehuset arbeider med individuell plan på en annen måte. De som arbeider på sykehuset starter ofte arbeidet, mens vi i kommunen følger mer opp*".

Det å delta i de samme veiledningsgruppene gir nødvendig innsikt i hverandres arbeids- og ansvarsområder, og hvilke utfordringer tjenestenivåene står overfor. En av koordinatorene uttrykte det slik: *"Vi spiller hverandre gode og går til veiledningen med glede".*

En av koordinatorene sier dette i den avsluttende samtalen når det gjelder betydningen av samarbeid:

> ”*Kanskje vil individuell plan medføre at en totalt sett arbeider mer effektivt. Rollene blir klarere. Å få til et godt samarbeid er helt nødvendig. Samarbeidet med fastlegen har vært avgjørende… … … Det har blitt mer helhet, pasienten har blitt tryggere. Rollene har blitt tydeligere og samarbeidet blitt bedre*”.

4.4.1 Erfaringskonferansene

Muntlige tilbakemeldinger, de avsluttende samtalene og referat fra erfaringskonferansene har vist at deltagerne har hatt stort utbytte av å delta. En av koordinatorene sier det slik:

> ”*Erfaringskonferansene er bra. Du får liksom ny energi… og så lærer du mye*”.

Spesielt har gruppearbeidene blitt trukket frem både i forhold til å bli kjent på tvers av nivåene, og for å få løftet frem felles utfordringer og løsninger. Men fordi gruppene enkelte ganger har vært relativt store, har behovet for mer styring blitt påpekt. I forhold til den konkrete oppgaven det er å arrangere erfaringskonferanser, har tilretteleggerfunksjonen vist seg svært nyttig. Uttalelser fra ledelsen viser en positiv holdning til konferansene, og ser disse som et ledd i å forsterke engasjementet hos deltakerne.

4.4.2 Tilretteleggerfunksjonen

Som tidligere nevnt har tilretteleggerfunksjonen vært sentral i VIP. Funksjonen har vist sin styrke både når det gjelder samarbeidet innad i kommunen, på tvers av avdelinger, og den har bidratt til å videreutvikle samhandlingen mellom helseforetak og kommunen.
Tilretteleggernes oppsummering av arbeidet viser at det er en del kunnskap og erfaring som er nyttig og nødvendig for å gjøre jobben som tilrettelegger. Vedkommende må:

- Kjenne kommunen/sykehuset og ha et godt utbygd nettverk.
- Ha kunnskap om individuelle planer og ha erfaring med å bruke slike planer.
- Ha erfaring fra selv å ha koordinert tjenester for brukere – må vite ”hvor skoen trykker”.
- Ha nok kunnskap til å kunne undervise om enkelte tema underveis.
- Ha kjennskap til hjemmetjenesten – vite hvordan det er å arbeide ute og hvordan det er å være leder.
- Kunne noe om turnuser og hvilken betydning det har for det daglige arbeidet.
- Kjenne til hvilke tilbud/tjenester som finnes i helse- og sosialtjenesten.
- Vite hvordan vedtak blir fattet og tjenester formidlet.

4.4.3 Oppsummering

Det er ikke foretatt noen formelle evalueringer eller målinger i forhold til delmålet: At samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrkes. Men uttalelser fra koordinatorene, erfaringer fra erfaringskonferansene og tilretteleggerfunksjonen indikerer at forståelsen for og kunnskapen om hverandres ansvar, oppgaver, utfordringer og praktiske arbeidshverdag har økt. Grunnlaget for styrket samarbeid er dermed på plass. Hva som videre skjer når det gjelder samarbeidet i forhold individuell

plan er avhengig av at tiltakene som ble foreslått på spredningskonferansen opprettholdes og gjennomføres.

4.5 Avdekking av systemproblemer.

Forskning og erfaring fra arbeidet med individuell plan i Norge siden 2001, har avdekket systemproblemer som viser seg å være relativt like på tross av ulike måter å organisere arbeidet på. Med ”systemproblem” menes utfordringer/problem som ikke direkte kan knyttes til enkeltpersoner eller funksjoner. Systemproblemer henger sammen med mønstre, kultur og strukturer i organisasjonene. Noen sentrale systemproblemer som er dokumentert i tidligere forskning er: Manglende forankring i ledelsen, manglende opplæring og veiledning, manglende samarbeid mellom ulike etater og nivåer, mangel på tid til å sette seg inn i hva individuell plan er, og manglende fokus på at det er pasientens egne mål som skal være utgangspunkt for arbeidet (3,4,5,6,8). Systemproblemer som spesifikt er dokumentert gjennom VIP er: Rekrutteringen av pasienter og koordinatorer, det å få med legene, tilretteleggingen av koordineringsarbeidet, malen for individuell plan, og ledelsesutfordringer.

4.5.1 Rekruttering av pasienter og koordinatorer

Det å ”*finne pasienter å koordinere for*” viste seg å være en utfordring både i sykehuset og i kommunen. Det tok også lenger tid enn planlagt – alt fra noen uker og måneder til nesten ett år. At dette var en utfordring støttes av en av lederne som mener det ville være nyttig med flere faggrupper inn i arbeidet med individuell plan, slik det gjøres i forhold til rehabilitering – innsatsteam, som i første omgang kartlegger behov og deretter starter oppfølging med gradvis overføring av pasientene til hjemmetjenesten.

I veiledningsgruppene ble det snakket mye om utvelgelse av pasienter og deltakerne opplevde dette ”*bekymringsreduserende*”. At det var vanskelig å finne pasienter kan ha sammenheng med den generelle beskrivelsen i forhold til hvem som har rett til individuell plan. Det å skulle fokusere på pasientens behov for sammenheng og helhet på tvers av sektorer og nivå, i tillegg til egne ansvarsområder og oppgaver innad i kommunen eller i sykehusavdelingen, har også vist seg å være en utfordring som må tas på alvor i det videre arbeidet med individuell plan. I veiledergruppene kom det frem at rollen som koordinator opplevdes mer utfordrende for dem som arbeider i sykehuset enn dem som arbeider i kommunen. Denne situasjonen setter koordinatorene både i sammenheng med den korte liggetiden i sykehus, og at legene ikke har fokus på og etterspør individuell plan. På dette området gjenstår det både avklaring av forventninger, holdningsendringer, og en videreutvikling av samarbeidet mellom legene og avdelingen. Den korte liggetiden krever økt oppmerksomhet på de av pasientene som har behov for koordinerte tjenester, slik at arbeidet med individuell plan kan igangsettes før utskrivelsen.

Det viste seg at rekrutteringen av koordinatorer også bød på større utfordringer enn forventet, kanskje spesielt i kommunen. Det kan ha sammenheng med at ledere på de lavere nivåene ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om VIP-prosjektet. I tillegg svarte ikke lederne på skriftlige henvendelser fra tilrettelegger i forhold til å skaffe koordinatorer. Erfaringen fra kommunen viste at det å ta personlig kontakt i forhold til å skaffe koordinatorer ga større uttelling enn kontakt pr. telefon eller mail.

4.5.2 Det å få med legene

Det har vist seg å være en utfordring å få med legene i arbeidet med individuell plan. Dette gjelder både fastlegene i kommunen og sykehuslegene. En av lederne sier dette om legenes rolle i forhold til individuell plan:

”Der det fungerer er det bare kjempebra. Legen har et annet syn. De ser viktigheten av samhandling og samarbeide. Der det ikke fungere handler det rett og slett om uvilje/liten forståelse for gevinsten ved samarbeid”.

Utfordringen i forhold til å få med legene har vært et gjentakende tema i veiledningsgruppene. Samtidig kan mange koordinatorer fortelle historier som viser stort engasjement fra legene når de endelig kommer på banen. En av koordinatorene som ble intervjuet i de avsluttende samtalene uttalte dette om fastlegens rolle i forhold til individuell plan:

”Hadde fått et inntrykk av at det kunne være utfordrende å få til et godt samarbeide med fastlegen. Jeg tok derfor en telefon til han og fortalte hva jeg ønsket. Jeg var fleksibel i forhold til at han kunne bestemme tidspunkt for ansvarsgruppemøte. Det gjorde at han var positiv. Det kloke var å ta direkte kontakt og tilpasse det legens tid. Han var jo nesten den viktigste i gruppen. Det var kanskje ikke så farlig om fysioterapeuten ikke kunne, for hun kunne jeg ha kontakt med. Samarbeidet har fungert. Fastlegen synes det var godt å få en koordinator å forholde seg til”.

Sitatet viser at fleksibilitet kan være viktig for å få legene på banen. Det samme gjelder opplevelsen av at det er godt å ha en koordinator å forholde seg til. Temaet har også vært diskutert i styringsgruppen, og det er enighet om at legene må se sin rolle i forhold til individuell plan om en skal lykkes. Dette understrekes av en av lederne:

”*Den største utfordringen er legegruppen. Jeg opplever at legene strever med å ha et ”pasientfokus”. For mange handler mye om ”neste pasient”. Noen opplever kanskje det ”nye” som noe farlig og uttrygt også. Kanskje tror noen at det skaper merarbeid – og ikke det motsatte - mindre arbeid. Denne holdningen er like utbredt hos ”primærlegene” som hos leger på sykehuset, slik jeg ser det*”.

Han nevner videre kloke grep som ledere kan anvende for å få legene involvert - for eksempel etterspørre om det er tenkt individuell plan på arenaer der leger møtes. Ledere må påta seg rollen som ”vaktbikkje” og kontinuerlig ha fokus på - og etterspørre, individuell plan. Det handler om et paradigmeskifte – det å se situasjonen fra pasientens side. Videre uttaler han:

”*Alle forløp er ikke slik de burde være. Tydeligst ser jeg det i forhold til KOLS-pasienter. Hadde de hatt individuell plan, ville forløpet vært bedre og de ville trolig følt mer trygghet ved det å være hjemme. De ville opplevd å mestre sin sykdom i større grad, tror jeg. Fra systemets side ville det ført til at pasientene brukte tjenestetilbudet mindre, og fra pasientens ståsted vil de opplevd å kunne være trygge i hjemmesituasjonen”*.

Ordningen med praksiskoordinatorer/praksiskonsulenter gir håp om at trykket kan holdes oppe hos legene. De skal være et bindeledd mellom tjenestenivåene.

4.5.3 Tilrettelegging av koordineringsarbeidet

Tilretteleggingen av koordineringsarbeidet viste seg å by på flere utfordringer. Temaet ble derfor behandlet i styringsgruppen ved flere anledninger. En forutsetning for deltagelse i prosjektet var at lederne skulle legge forholdene til rette slik at koordinatorenes arbeid med individuell plan kunne gjennomføres på en god måte. Blant annet var det viktig å bli enige om ordninger i forhold til avspasering og avsatt tid til å være koordinator.

Flere av koordinatorene har gitt uttrykk for at informasjonen om hva de skulle være med på og hva det ville kreve ikke har vært tilstrekkelig. Det oppstod ”floker” som et resultat av uklare forventninger og mangel på informasjon. ”Flokene” kan ha sammenheng med at flere ledere i kommunen oppga at de ikke hadde fått nok informasjon om VIP-prosjektet og hva dette konkret innebar. Tilrettelegger i kommunen tok utfordringen på alvor og inviterte ledere og koordinatorer i den enkelte sone til en samtale rundt lokale utfordringer i forhold til utvelgelse og gjennomføring av koordineringsarbeidet. Dette ble framhevet som et svært positivt og viktig initiativ. Samtidig deltok prosjektleder sammen med tilretteleggere på to ledermøter med berørte ledere både i kommunen og i sykehuset før og etter oppstart. Her ble det gått gjennom prosjektet, reflektert om utvelgelse av brukere/pasienter og oppfølging av koordinatorer. En av koordinatorene understreket sitt eget ansvar for å strukturere dagen når det er tilrettelagt for koordineringsarbeid:

> *”Koordineringen har tatt mye tid. Systemet, lederen min, har lagt ting til rette for å koordinere. Ansvaret henger nok litt på mine skuldre. Jeg må strukturer dagen min slik at jeg også får tid til å koordinere”.*

At tidsaspektet er en sentral faktor i forhold til arbeidet med individuell plan er pr. i dag godt dokumentert. Det gjelder blant annet; tid til å sette seg inn i hva individuell plan er, tid til å informere og bygge opp en god relasjon til bruker, tid til selve koordineringsarbeidet, og tid til å evaluere det arbeidet som blir gjort sammen med bruker og samarbeidspartnere.

4.5.4 Mal for individuell plan

Skien kommune og Sykehuset Telemark HF har benyttet ulike maler for individuell plan. I starten skapte dette forvirring hos koordinatorene som deltok i felles veiledningsgrupper. I tillegg var det usikkerhet i forhold til hvordan selve planene skulle fylles ut. Temaet var hyppig oppe til diskusjon i begynnelsen. Etter hvert som samarbeidet med pasientene om planen ble intensivert, ble selve malen mindre viktig. Det er likevel klart at det å ha samme mal for sykehuset og kommunen vil gjøre det enklere å samarbeide og enklere å gi opplæring til nye koordinatorer.

4.5.5 Ledelsesutfordringer

Som det fremkommer tidligere i rapporten, har det vist seg at ledelsesutfordringer er identifisert som et systemproblem i forbindelse med VIP-prosjektet. Dette har kommet til syne i flere sammenhenger: Det har vært vanskelig å rekruttere pasienter og koordinatorer, det har oppstått misforståelser på ulike plan og nivå, og ledere på lavere nivå har ikke fått den nødvendige informasjon om prosjektet. I tillegg har det vært uklarheter når det gjelder kommunens bestillerkontor om saksbehandlingen i forhold til det å tilby pasienter individuell plan.

I de avsluttende samtalene med sentrale personer i prosjektet, uttalte en av lederne at hun tror det varierer fra enhet til enhet om tjenestemottakerne har fått et individuelt tilpasset opplegg. Som en årsak til variasjonen anføres følgende moment; manglende delegering, ressursproblemer, og manglende lederforankring både på system- og individnivå. Toppledernes rolle er å initiere prosjektet og be lederne om å ha fokus på det, men deretter kan lederne nedprioritere prosjektet i en travel hverdag med mange oppgaver. Hvis prosjektet oppleves nyttig og gir noe tilbake vil det ha større sjanse for å bli prioritert.

Både styringsgruppen og prosjektledelsen har diskutert de ledelsesutfordringene som har kommet frem. Et sentralt og viktig spørsmål er – hva skal til for å kunne implementere nye

verktøy i organisasjoner som fra før av har en hektisk hverdag med mye ansvar og store oppgaver? Individuelle planer er et slikt verktøy. Denne rapporten gir ikke svar på spørsmålet, bidrar med fokus på noen temaer som trenger avklaring/refleksjon:

- Bør det utarbeides retningslinjer fra myndighetenes side som gir tydeligere føringer i forhold til hvem som har rett til individuell plan?
- Er den ”tidsklemma” organisasjonene oppfatter seg å være i kanskje i bunn og grunn et spørsmål om økt bevissthet og prioritering?
- Hvem tar den endelige beslutningen om hvem som har rett til individuell plan?
- Er det i for stor grad opp til den enkelte leder og helsearbeider om pasienten får sin individuelle plan – har avgjørelsen blitt ”privatisert”?
- Hvordan lage gode system i forhold til å rekruttere og beholde koordinatorer?
- Hvilke pedagogiske virkemidler vil holde temaet individuell plan og koordinering levende i virksomheten?
- Hvor mye har helsearbeidernes holdninger til brukermedvirkning generelt å si i forhold til om pasienter får individuell plan eller ikke?

Til det siste punktet: I de avsluttende samtalene med lederne kom det frem synspunkter som synes å bekrefte sammenhengen mellom holdningen til brukermedvirkning og individuell plan. Hvis det er slik, blir det en viktig lederutfordring å jobbe med holdningsskapende arbeid i forhold til dette viktige temaet.

4.5.6 Oppsummering og anbefaling

Systemproblemene som er identifisert gjelder både kommunen og sykehuset, og de må løses gjennom langsiktig og systematisk arbeid på hvert enkelt område. VIP har ikke gjort at alle tjenestemottakere nå får et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud. Likevel har prosjektet tilført mange ledere og koordinatorer erfaringer som gjør at det er grunn til å være tilfreds. På mange måter er dette er kultur-/holdningsendrende prosjekt, og kulturer/holdninger endres ikke over natten. En av veilederne uttrykte det slik i høringsrunden på rapporten:

> *”Etter min mening trenger vi ikke flere regler og føringer, lover og forskrifter om hvordan ting skal gjøres - men vi må alle gå den møysommelige veien å lære oss at pasienten/brukeren er sjef i sitt eget liv, og vi må avlære oss at vi som helsepersonell vet så mye bedre! Dette vil ta tid!”*

En grunn til optimisme uttrykkes når en leder sender mail for å formidle at hun ikke kommer til sluttkonferansen og videre sier:

> ”*Veien til individuell plan har vært spennende å følge. NN har gjort en svært god jobb for tre pasienter i forskjellige livssituasjoner. Nå er hun i gang med å videreføre kunnskapen til flere sykepleiere i avdelingen og klarer å inspirere på en fin måte”*.

Ettersom pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester er avhengig av at de ulike nivåene og sektorene samarbeider for å finne de beste løsningene, anbefales det at Skien kommune og Sykehuset i Telemark HF fortsetter det gode samarbeidet som er igangsatt gjennom VIP-prosjektet. Dette gjøres best ved å:

- Tydeliggjøre tilretteleggerfunksjonen ved å delegere ansvaret til en konkret ressursperson i kommunen og en i sykehuset. Utfordre disse på et nært og godt samarbeid.
- Videreføre de tre veiledningsgruppene og fylle disse opp med koordinatorer etter prinsippet om to fra hver arbeidsplass.
- Tydeliggjøre ansvaret for spredning som hviler på tilrettelegger, koordinator og dennes leder. Dette ansvaret fokuseres og støttes i veiledningen.
- Eksterne krefter benyttes til veiledning av veiledere og tilretteleggere.

Vi velger å avslutte presentasjonen av resultatene med et svar fra en av koordinatorene på spørsmålet: ”Er det noe du vil si til sist som jeg ikke har spurt deg om?” ***”****Om dette er gøy – og det er det*”!

5.0 Anbefalinger

Resultatene når det gjelder hovedmål og delmål for VIP-prosjektet, samt avdekking av systemproblemer, er presentert i kapittel 4. Her følger anbefalinger i forhold til det videre arbeidet med individuell plan. Anbefalingene er strukturert ut fra målene med prosjektet:

Hovedmål:
Utvikle en arbeidsmodell som kan gi personer med sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud.
Oppsummeringen under dette målet viste at pårørende og pasienter var tilfreds med områdene støtte og respekt, behovsdekning, samt kontinuitet og tilgjengelighet. Medvirkning og informasjon peker seg ut som områder med potensial for forbedring.

- Det anbefales at brukermedvirkning og informasjon til pasienter og pårørende vektlegges i det videre arbeidet med individuell plan.

Delmål:
1. At koordinatorene får en praksisnær opplæring i forhold til å utforme og koordinere tjenestetilbudet i tett samarbeid med tjenestemottaker.
Konkrete tilbakemeldinger fra koordinatorene selv kan tyde på at målet om en praksisnær opplæring i forhold til å koordinere tilbudet til tjenestemottaker langt på vei er nådd. Kombinasjonen av opplæring før hovedprosjektet startet, systematisk veiledning og deltagelse på erfaringskonferanser har gitt resultat. Samtidig er det viktig å ta med videre at flere koordinatorer har ønsket seg en mer konkret opplæring – skritt for skritt, i forhold til hvordan arbeide med individuell plan.

- Det anbefales at alle nye koordinatorer får tilbud om et opplæringsprogram som helt konkret gjennomgår hva det vil si å arbeide med individuell plan.
- Opplæringsprogrammet bør ha fokus på sammenhengen mellom brukermedvirkning generelt og individuell plan, samt holdninger i forhold til at det er pasientens egne mål som skal nås.
- Det anbefales at veiledningsgruppene for koordinatorer og veiledere opprettholdes.

VIP-prosjektet har avdekket flere utfordringer i forhold til koordineringsarbeid og arbeidet med individuell plan. I forhold til disse utfordringene har det fremkommet mange gode forslag fra deltakerne i prosjektet både på spredningskonferansen og i de avsluttende samtalene.

- Det anbefales at det nedsettes en gruppe med representanter fra både kommunen og sykehuset som skal se på det videre arbeidet med individuell plan. Gruppen bør bestå av topplederne, tilretteleggere og representanter for erfarne koordinatorer og ikke minst legene. Gruppen gjennomgår alle forslag til forbedringer som har kommet frem, og lager en fremdriftsplan for det videre arbeidet. I tillegg må gruppen vurdere opplæring og veiledning, samt gjennomgå de identifiserte systemutfordringene.

2. At VIP ved prosjektets slutt er integrert og forankret hos ledere og medarbeidere.
Den store aktiviteten i gruppene på "spredningskonferansen", og de kloke grepene som har kommet frem både fra ledere og medarbeidere for å sikre videreføring av prosjektet, kan indikere at målet om integrasjon og forankring langt på vei er nådd. Samtidig vil ikke spredning og integrasjon skje av seg selv, og det vil derfor være helt nødvendig at forslagene til videre arbeid blir iverksatt. Tidsaspektet har vist seg å være en kritisk faktor i arbeidet med individuell plan – det må settes av tid til opplæring, veiledning, selve arbeidet med den enkelte pasients plan, og evaluering av arbeidet.

- Anbefaling: Se delmål 1.

3. At samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrkes.
Uttalelser fra koordinatorene, erfaringer fra konferansene og tilretteleggerfunksjonen indikerer at forståelsen for og kunnskapen om hverandres ansvar, oppgaver, utfordringer og praktiske arbeidshverdag har økt. Grunnlaget for styrket samarbeid er dermed på plass.

- Anbefaling: Se delmål 1.

Vi avslutter med et sitat fra en av lederne:

> "*Jeg ser at individuell plan brukes mer og mer. Flere pasienter enn tidligere kommer til mottak med en ferdig utfylt plan. Pasientflyten blir bedre – i hvert fall ser jeg at flyten inn i sykehuset bedres. Det øker samhandlingen og bedrer dialogen med førstelinjetjenesten. Jeg ser konturene av noe nytt… Det etableres nettverk som bidrar til sømløshet mellom 1. og 2. linjetjenesten*".

Litteraturliste

1. Sosial- og helsedirektoratet (2005). *”… og bedre skal det bli”. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005 – 2015).* IS-1162.

2. Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Veileder til forskrift om individuell plan*. IS-1253.

3. Hatling, T., Trefjord S. (2004). *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH). Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003*. Trondheim: SINTEF Helse.

4. Stiftelsen GRUK (2006). *Koordinert hjelp for barn og unge.* Rapport fra prosjekt i Skien og Porsgrunn. Rapport nr. 1 2006.

5. Bakke, T. (2005). *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter. En kvalitativ studie av hvordan det oppleves for personer med alvorlige psykiske lidelser å delta i utarbeidelsen av sin egen individuelle plan.* Masteroppgave i helsevitenskap. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU).

6. Ådnøy, E. (2005). *Planen skal være god for meg. Koordinering av psykososialt arbeid: Eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester*. Masteroppgave i sosialt arbeid. Oslo: Høgskolen i Oslo (HiO).

7. Thommesen, H., Normann, T., Sandvin, J.T. (2003). *Individuell plan. Et sesam sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.

8. Bull, H. (2006). *Hun sa det var best. Brukernes erfaring med medvirkning i individuelle planer.* Hovedfagsoppgave i helsefag. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Oslo: Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo (UiO).

Innhold i opplæringsheftet

1.0. Innledning 2
1.1. Velkommen som koordinator! 2
1.2. Ordliste 3

2.0. Gode tjenester 4
2.1. Hva er gode tjenester? 4
2.2. Arbeid med personer med langvarige og sammensatte behov 5

3.0. Koordineringsarbeid - hva og hvorfor? 7
3.1. Hva er koordinering og hvem har ansvaret? 7
3.2. Individuell Plan 9

4.0. Handlingsprogram 10
4.1. Koordinering som målrettet arbeidsprosess 10
4.3. Kartlegging 14
4.4. Vurdering 14
4.5. Valg av strategi 15
4.6. Planlegging 15
4.7. Koordinering 16
4.8. Evaluering 16

5.0. Utfordringer i koordinatorarbeidet 17

1.0. Innledning

1.1. Velkommen som koordinator!

Dette heftet er skrevet til deg som koordinator.

For å styrke tilbudet til personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester, vil Sykehuset Telemark HF og Skien kommune i 2005 og 2006 gjennomføre et utviklingsprosjekt med navnet "Veien til Individuell Plan". Prosjektet er finansiert av Helse Sør RHF, og går over 3 år (2005 –2008). Stiftelsen GRUK (gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten) leder prosjektet.

Prosjektet har som hovedmål å utvikle en arbeidsmodell som gir personer med langvarige og sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud. Arbeidsmodellen skal støtte arbeidet med individuell plan, og sørge for størst mulig medvirkning for tjenestemottaker i denne prosessen.

Målene for denne fasen av prosjektet er

1. Tjenestemottakere som deltar i prosjektet og deres pårørende får et individuelt tilpasset, koordinert tjenestetilbud og får utarbeidet en individuell plan. Tilbudet utformes gjennom en prosess i samarbeid med en koordinator fra kommunen eller sykehuset, og både tjenestemottakeren og eventuelle pårørende medvirker i størst mulig grad i denne planprosessen.

2. Koordinatorene får en praksisnær opplæring i koordinatorfunksjonen, hvor de lærer å arbeide systematisk med å utforme og koordinere tilbudet i samarbeid med tjenestemottaker og i tråd med forskrift og veileder for individuelle planer.

3. VIP er ved prosjektets slutt integrert og forankret hos ledere og medarbeiderne, slik VIP kan spees og anvendes videre for at alle tjenestemottakere som har behov for det får utarbeidet en individuell plan.

Arbeidsmodellen bygger på erfaringer fra KPA (Koordinering av psykososialt arbeid). KPA-modellen er utviklet og prøvd ut i forhold til personer med psykiske lidelser og langvarige og sammensatte problemer, og er videreutviklet og prøvd ut i forhold til voksne personer i palliativ fase. Modellen er også revidert og tilpasset arbeidet med barn og unge.[1]

Prosjektet har tre faser. I fase 1 - forprosjektet – har man arbeidet med å tilpasse metoder og verktøy. Fase 2 (denne fasen) vil man gjennomføre et opplæringsprogram for 30 medarbeidere fra Sykehuset Telemark HF og Skien kommune. Fase 3 er innføring av metoden for alle tjenestemottakere som trenger individuell plan.

Du skal fungere som koordinator for en tjenestemottaker og vil få veiledning i å bruke metoden og verktøyene. Gjennom samarbeid med tjenestemottakeren og tjenestenettverket skal du koordinere tjenestetilbudet. I løpet av prosjektperioden vil det bli foretatt to

[1] www.gruk.no Her kan du lese mer om våre metoder, blant annet om erfaringer med KPA.

evalueringer av hvordan koordineringen fungerer, slik at nødvendige justeringer kan settes i verk underveis.

Oppgavene i koordineringen går ut på at tjenestemottakeren, eventuelle pårørende og du sammen:

- oppretter en god relasjon
- etablerer kontakt og samarbeid med tjenestenettverket
- kartlegger tjenestemottakerens situasjon, ressurser, mål og behov for tiltak
- utarbeider en skriftlig individuell plan for oppfølgingen
- samordner og gjennomfører planen
- evaluerer arbeidet

Du får ansvar for å koordinere tjenester for vedkommende over et lengre tidsrom. Varigheten er avhengig av tjenestemottakerens situasjon. Dette arbeidet gjør du på delegasjon fra din leder, og det er lederens ansvar å legge forholdene til rette for koordineringsarbeidet.

Tilretteleggerne i prosjektet vil bidra dersom det oppstår praktiske problemer med gjennomføring av koordineringen. Når prosjektperioden er avsluttet, får du skriftlig bekreftelse på arbeidet du har gjort, samt opplæringen og veiledningen du har mottatt.

Vi håper at samarbeidet med deg og de andre deltakerne i modellforsøket skal kunne bidra til at personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov og deres pårørende skal få en god oppfølging, og at samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen bedres.

1.2. Ordliste

Vi har i denne håndboka gjennomgående valgt å bruke følgende begreper:

Tjenestemottaker: I kommunehelsetjenesten anvendes vanligvis begrepet *bruker*, mens man snakker om *pasienter* på sykehuset. Vi har valgt å bruke *tjenestemottaker* i tråd med den nye forskriften om individuell plan (2005) og den tilhørende veilederen.

Pårørende defineres i pasientrettighetsloven §1-3 [2]som
..” den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge”

Hjelpetilbud: Begrepet dekker alle tjenestene tjenestemottakeren mottar fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Tjenestenettverket: Begrepet dekker alle aktører fra ulike etater som yter hjelp til tjenestemottakeren.

[2] Denne loven kan du laste ned her:
http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#map0

2.0. Gode tjenester

2.1. Hva er gode tjenester?

Sosial og helsedirektoratet har for perioden 2005 – 2010 kommet med en ny, nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten; *...og bedre skal det bli!*[3] Strategien definerer at tjenester av god kvalitet:

- Er virkningsfulle
- Er trygge
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Under har vi gjengitt noen utdrag fra strategien som er spesielt relevante for arbeidet som koordinator:

”Brukernes kontakt med tjenestene skal utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak. En forutsetning for dette er tydelig fordeling av ansvar, myndighet og oppgaver og samhandling på langs i en tiltakskjede og på tvers av tjenestetyper og nivåer(….) Samordning og kontinuitet forutsetter videre at yrkesgrupper på ulike nivåer samarbeider, viser fleksibilitet og søker å se behovet til brukeren med deres øyne.” (s.24)

”Brukerne skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale. Brukerne opplever hvordan tjenesten fungerer i praksis og kan derfor ofte komme med de beste forslagene til forbedringer av systemet. Forbedringer som skal komme brukeren til gode, tar derfor utgangspunkt i nettopp brukerens erfaringer og synspunkter. Systematisk innhenting av brukererfaring er et viktig verktøy i så måte. I møte mellom den enkelte utøver og bruker må vi anerkjenne brukernes innsikt i egen sykdom eller livssituasjon. De kan ofte ha mer detaljkunnskap om sin egen tilstand enn utøveren. Brukere som er aktivt involvert i beslutninger om eget liv og helse, har bedre behandlingsresultater og fungerer bedre i hverdagen enn de som ikke er aktive.
Det er samtidig viktig å vise respekt for dem som ikke ønsker å involveres i alle beslutningsprosesser. Brukerperspektivet innebærer også en lydhørhet og tilrettelegging overfor dem som ikke selv kan eller ønsker å gi uttrykk for sine behov.” (s.23)

”Det er viktig at tiltakene gir den tilsiktede virkning. Faglige avveininger og beslutninger må derfor bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring. Kunnskap skapes gjennom forskning, utdanning og den erfaring som utøveren får gjennom veiledning, refleksjon i kollegiale fellesskap og i samspillet med brukerne, pasientene og de pårørende.” (s.21)

[3] Strategien kan lastes ned fra www.shdir.no. Den er lettlest, praktisk og god!

”Rettferdig fordeling forutsetter en åpen prioritering av tjenestene. Det er i alle enkeltmøtene mellom bruker og tjenesteyter mange av de reelle prioriteringene foretas. Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes ulike behov. Dette innebærer blant annet fysisk tilgjengelighet og kulturell og språklig forståelse. En aktiv og utadrettet innsats må til for å nå enkelte brukere. (s.25)”

Denne koordineringsmodellen er i tråd med *...og bedre skal det bli!* på mange måter: Hovedmålet er å samordne tilbudet og sørge for medvirkning for tjenestemottakerne. Dette vil igjen bidra til å utnytte ressursene på en god måte.
Strategien peker på ulike innsatsområder som dette prosjektet arbeider med:

- Tjenestemottakerne skal styrkes. Deres medvirkning er helt sentralt i denne modellen og ulike verktøy bidrar til å sikre at deres og de pårørendes stemmer kommer fram. Det er også representanter for tjenestemottakerne i prosjektorganisasjonen.
- Utøverne skal styrkes. I dette prosjektet foregår det gjennom din deltakelse på seminarer og veiledning.
- Forbedre ledelse og organisasjon. Det er ledelsens ansvar å sørge for at retten til IP oppfylles og at man sikrer sammenhengende tiltakskjeder. De skal legge til rette for koordinatorarbeidet, og dette prosjektet er derfor grundig forankret i ledelsen.
- Strategien peker også på at man skal følge med og evaluere tjenestene, noe som ivaretas gjennom målinger i evalueringsheftet.

Ditt arbeid som koordinator vil med andre ord bidra til å sette den nye nasjonale strategien ut i praksis.

2.2. Arbeid med personer med langvarige og sammensatte behov

Dette arbeidet innebærer møter med en gruppe tjenestemottakere med stor innsikt og kunnskap om egen sykdom og situasjon. Mange av disse menneskene har gjenomgått en radikal endring i sin livssituasjon. Som profesjonell medspiller i deres behandlings- og rehabiliteringsprosesser regner vi med at du har mange positive erfaringer, og at dette er en viktig motivasjonsfaktor i ditt daglige arbeid. I dette prosjektet ønsker vi at dine positive erfaringer får en framtredende plass, både i veiledningsgruppen, på erfaringsseminarene og - ikke minst - i kontakten med personen du er koordinator for og dennes pårørende.

Tjenestemottakeres medvirkning

Mange tjenestemottakere med sammensatte hjelpebehov har fungert som sin egen koordinator i en uoversiktlig og byråkratisk jungel av tjenestetilbud. Å gi dem støtte eller avlastning for denne koordinatorrollen vil være av stor betydning for dem.

Generelt har personer som ivaretar egen helse og har tro på at dette nytter, større sjanser til å bli friske etter sykdom eller bevare sin livskvalitet. De bedrer også sin funksjonsevne. Det er den det gjelder som har best kompetanse om sitt eget liv og vet hvilke konkrete løsningene som virker. Mange tjenestemottakere utvikler seg til å bli ”ekspert-pasienter” etter lang sykdomserfaring. Dessverre opplever mange av disse å bli møtt med holdninger som gjør at noen av dem kvier seg for å bidra med sin kompetanse i

møter med helsepersonell. Den nye veilederen til forskrift om individuell plan beskriver dette maktforholdet slik:
”Reell brukermedvirkning forutsetter en bevissthet om den relasjonen som faktisk eksisterer mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, for eksempel at makt er ulikt fordelt mellom partene. Det er viktig at tjenestemottakeren blir trygg på at denne makten brukes til beste for henne eller han. Den eventuelle endringen i maktfordelingen er først og fremst knyttet til at koordinatoren er satt til å lytte til tjenestemottakeren og har ansvar for å høre hele personens historie. Det er på mange måter denne helheten som representerer «brukerperspektivet», og som får et langt sterkere gjennomslag ved hjelp av ordningen med individuell plan, på bekostning av de mer oppsplittede fag- og etatsperspektivene.” (s.24)

Ofte kommer du lenger når din faglige, profesjonelle kunnskap kombineres med tjenestemottakerens kompetanse. Samtidig vil relasjonen mellom dere styrkes når begge parter opplever respekt og verdsettelse av hverandres roller og kompetanse.

I revisjon av helselovgivningen er tjenestemottakerens rolle i utforming, medvirkning og gjennomføring av helsetjenester styrket, og forskrift og veileder om individuell plan tydeliggjør dette. Pasientrettighetloven §3.1 og §3.2 slår fast at pasienten har rett til å delta i planleggingen av tilbudet sitt og at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.
Det er en viktig – og noen ganger vanskelig - oppgave for en koordinator å motivere tjenestemottakeren til å engasjere seg i koordineringsarbeidet. Enkelte tjenestemottakere har imidlertid ikke evne, krefter eller vilje til å delta i planleggingen av tilbudet sitt. Medvirkningen vil også kunne variere med tjenestemottakerens helsetilstand. Det er viktig å vise respekt for dette. I slike situasjoner blir samarbeidet med de pårørende ekstra viktig.

Samarbeid med pårørende

En del tjenestemottakere har en eller flere pårørende som sin viktigste støttespiller og hjelper. Disse pårørende har ofte både et glødende engasjement og en inngående kjennskap til tjenestemottakerens situasjon, ressurser og problemer. Et vellykket tjenestetilbud må derfor i slike tilfeller baseres på et godt samarbeid med de pårørende i den utstrekning tjenestemottaker og pårørende ønsker det. Dersom en tjenestemottaker ikke har samtykkekompetanse, har tjenestemottakerens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med tjenestemottakeren.

Det er viktig å være klar over at noen pårørende i perioder kan ha behov for støtte og rådgivning, opplæring eller avlasting i sitt omsorgsarbeid. De må få informasjon om rettigheter og muligheter for slike tiltak, og du må støtte dem i å ivareta egne behov og helse.

Mangfoldige og skiftende behov

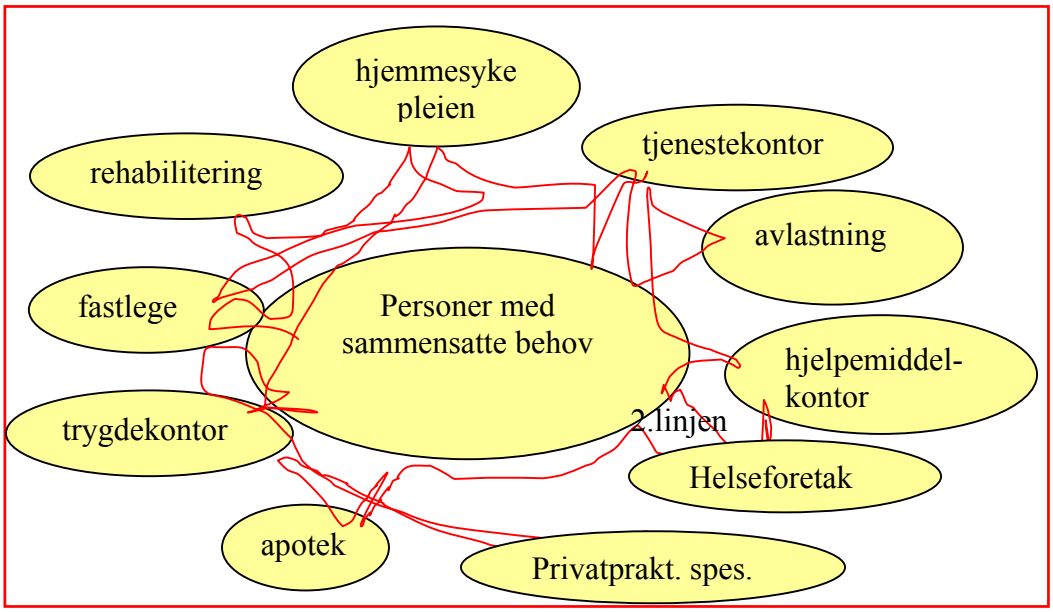
Mange tjenestemottakere trenger støtte og oppfølging for å ivareta ikke bare sine behov for medisinsk behandling og rehabilitering, men også støtte til andre viktige livsområder som sosial kontakt, arbeid, utdanning, bolig, økonomi og dagliglivets gjøremål.

Sykdommen eller funksjonssvikten kan svinge over tid og i alvorlighetsgrad, og bli verre i stressende perioder. Det er viktig at behovet for hjelp og støtte tilpasses dette.

3.0. Koordineringsarbeid - hva og hvorfor?

3.1. Hva er koordinering og hvem har ansvaret?

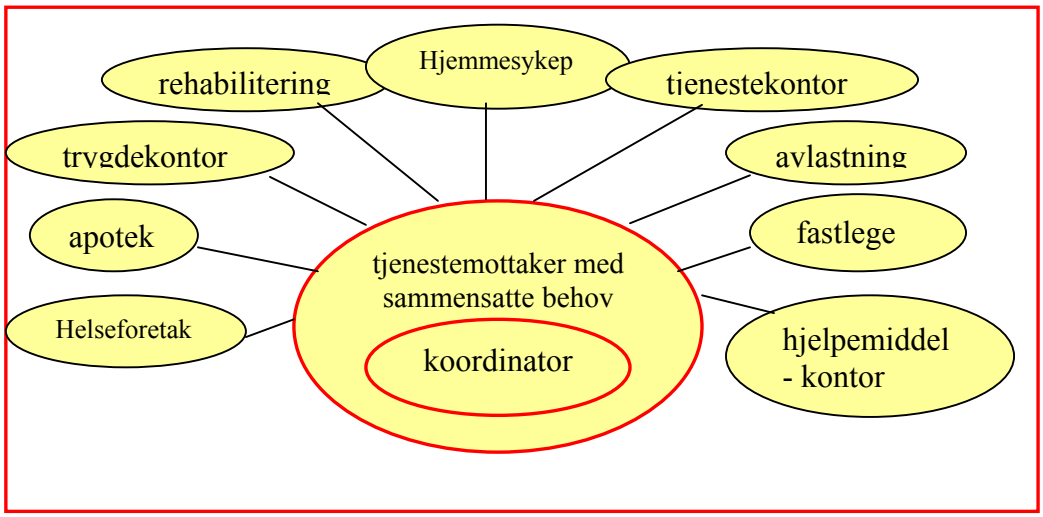
I følge Bokmålsordboka kommer opprinnelsen av ordet fra latin, av *kon*- og *ordinare* 'ordne' - *samordne, få til å virke sammen*. I denne sammenheng er det personens totale hjelpetilbud vi ønsker å få til å virke sammen. Er det nødvendig å bruke tid og ressurser på en slik oppgave? Hadde ikke tjenestemottakeren hatt mer utbytte av at hjelperne brukte koordineringstiden på direkte fagspesifikke oppgaver og tiltak, som opptrening av gangfunksjon eller omsorg og pleie? Det som da skjer er at tjenestemottakeren må koordinere tilbudet selv, slik figur 1 viser.



Figur 1. Tjenestemottakerne koordinerer hjelpetilbudet selv

Tjenestemottakerne og eventuelle pårørende må forholde seg til et lite koordinert tjenestenettverk. De må bruke mye tid og krefter på mange kontakter, og det oppleves ofte belastende og frustrerende.

Dersom det opprettes en koordinator i tjenestenettverket, endrer dette situasjonen slik figur 2 viser. Tjenestemottakeren blir utsatt for mindre belastninger når koordinatoren fungerer som en ”los i systemet”. Arbeidsmodellen har også vist seg å være tidsbesparende for medarbeidere i tjenestenettverket, og er i tråd med veilederen for Individuelle Planer.



Figur 2: Koordinator koordinerer tjenestene sammen med tjenestemottaker

Ansvarsgruppene (se under) har også vist seg å bli mer effektive og målrettede når medarbeider arbeider på denne måten.

Til glede for tjenestemottakeren – og medarbeidere

Arbeidet som koordinator foregår selvfølgelig primært for at tjenestemottakere og deres pårørende skal få et bedre tilbud. Samtidig har mange medarbeidere både i kommuner og sykehus erfart hvor slitsomt og frustrerende det er å arbeide i systemer som ikke fungerer. Det kan da kreves stor innsats å få til selv de enkleste ting.
Det er vår erfaring at koordinatorer gir uttrykk for at det er faglig meget tilfredsstillende å få lov til å gjøre en god jobb som koordinator - når forholdene legges til rette for dette, slik det forhåpentligvis gjør i dette prosjektet. God kvalitet på tjenestene er godt for alle.

Hvor bør koordinator arbeide - i kommunen eller i helseforetaket?

Kommunen har ansvaret for sine helse- og sosialtjenester, for kultur- og boligtjenester og for mange opplæringstilbud. Helseforetakene skal stå for spesialisert rehabilitering eller behandling. De fleste tilbud som tjenestemottakeren trenger vil være et kommunalt ansvar, og det er derfor naturlig at ansvaret for å koordinere tjenestene ligger i kommunen. Noen ganger må likevel spesialisthelsetjenesten ta ansvaret for koordineringen, for eksempel når et omfattende behandlings- eller rehabiliteringstilbud i helseforetaket inngår i oppfølgingen. Det er da naturlig at ansvaret gradvis overføres til kommunen. Hos svært komplekse tjenestemottakere med behov for tjenester fra flere aktører i spesialisthelsetjenesten, er det viktig å så raskt som mulig få avklart ansvarsforholdene.

Ansvarsgruppe

Ansvarsgrupper er et viktig virkemiddel i planlegging og koordinering av tiltak for personer med sammensatte problemer som har behov for tiltak fra ulike nivå og etater. Hvis koordinator kan sikre samordnet oppfølging gjennom enkeltstående møter eller

uformelle samarbeidsformer, er det ofte ikke behov for ansvarsgruppe. Ansvarsgrupper bør være oppgavebestemte og tidsavgrenset, og de ulike deltakerne innkalles ut fra møtenes dagsorden.

Tjenestemottakeren og koordinator bør sammen avklare behov for ansvarsgruppe og hvem som eventuelt bør sitte der. I tillegg til tjenestemottaker, eventuelt pårørende og koordinator, bør man få med hjelpere som har definerte ansvar og oppgaver for tjenestetilbudet til tjenestemottakeren. Siden behovene for hjelp ofte endrer seg, vil sammensetningen i ansvarsgruppa også kunne skifte.

Koordinator eller tjenestemottakeren leder gruppen og har ansvar for innkalling, møteplan og referat. I ansvarsgruppa diskuterer og vedtar man tema som status for tjenestemottakeren, planer for oppfølging, fordeling av ansvar og oppgaver i gjennomføring av tiltakene, samt evaluering og revisjon av individuell plan og tjenestetilbudet. Ansvarsavklaring er her helt sentralt.

3.2. Individuell Plan

Individuell plan er et virkemiddel for å skape en god koordineringsprosess. Trinnene i koordineringsprosessen er nærmere beskrevet i handlingsprogrammet.
Som koordinator i dette prosjektet skal du i samarbeid med tjenestemottaker og pårørende utarbeide en Individuell Plan, dersom de ønsker dette. Dersom de ikke vil ha en individuell plan, må du allikevel gjennomføre en planmessig og dokumentert oppfølging.

De fleste kommuner i Norge har maler for Individuell Plan. Som medarbeider i Skien kommune skal du benytte den mal som brukes i din kommune. Sykehuset Telemark HF har utarbeidet en egen mal som skal brukes av medarbeidere der. Maler finner du i Verktøykassa.

Målet med en individuell plan er å sikre at den enkelte persons behov for tjenester styrer tjenestenes utforming og gjennomføring. Planen skal gripe over alle tjenesteområder og forvaltningsnivåer og skal sikre fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike tjenester.

Det er viktig at andre planer som er utarbeidet for en person, som individuelle opplæringsplaner, habiliteringsplaner, omsorgsplaner m.v. samordnes og tilpasses den overordnede individuelle planen.

Retten til individuell plan er hjemlet både i Pasientrettighetsloven § 2.5 og i Sosialtjenesteloven § 3.3a. Utfyllende regler er å finne i ny Forskrift om individuell plan og i Veilederen til forskriften (IS-1253).

Plikten til å utarbeide individuell plan er forankret i henholdsvis kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, samt psykisk helsevernloven § 4-1, og lov om sosiale tjenester § 4-3 a.

4.0. Handlingsprogram

4.1. Koordinering som målrettet arbeidsprosess

Fra din utdanning og yrkespraksis er du kanskje kjent med bruken av ulike løsningsmodeller. Modellene beskriver arbeidet som en prosess med ulike faser, og det understrekes at dersom man utelater noen av fasene, kan tilbudet bli usammenhengende og tilfeldig. I dette kapitlet presenterer vi en slik modellbeskrivelse over forløpet i koordineringsarbeidet.

Innledningsvis vil vi først poengtere følgende: Modeller og planer må aldri forveksles med virkeligheten, som i denne sammenheng er tjenestemottakeren og dennes situasjon. Modeller er bare ”kart” vi tegner ut fra vår forforståelse. Vårt kjennskap til tjenestemottakeren og hans situasjon kan være feil eller mangelfull, og nye hendelser underveis kan medføre behov for store endringer i vår forståelse og modeller.

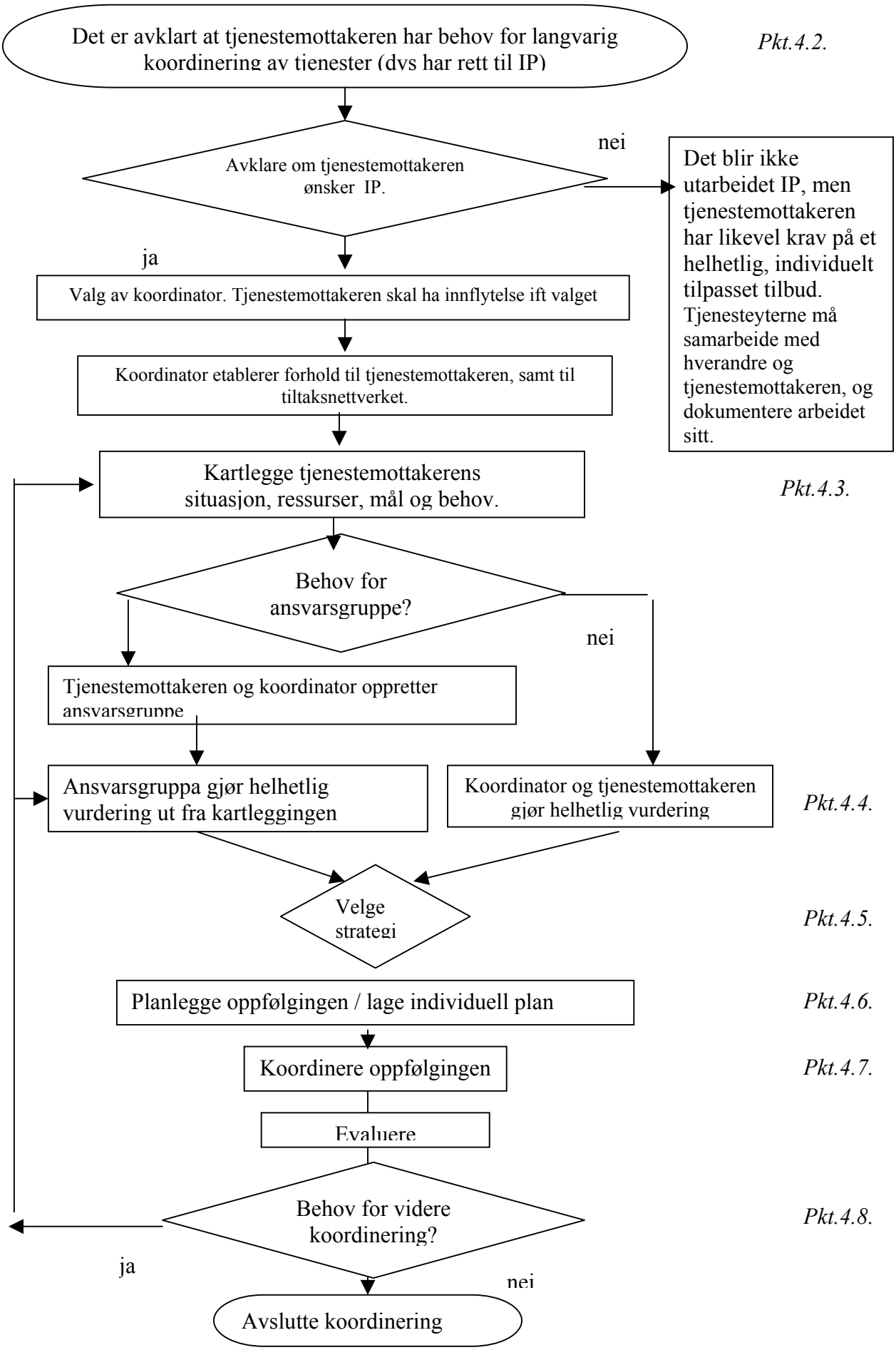
Et annet tankekors i forhold til modeller og planer, er at alt sjelden går som planlagt. Hjelp til tjenestemottakere med sammensatte behov er intet unntak. Ofte kan akkurat det uforutsette som skjer være et positivt vendepunkt i en fastlåst situasjon. Ta høyde for dette og vær oppmerksom og åpen for å endre ”kartet”/modellene underveis.

Når det er sagt, vil vi også presisere at modeller på flere måter kan være til stor nytte i arbeidet med denne gruppen. De kan

1. Legge til rette for systematikk og oversikt i komplekse situasjoner.
2. Gi beslutningsstøtte i valgsituasjoner under arbeidet.
3. Sikre at viktige elementer ikke blir utelatt i tilbudet til tjenestemottakeren.
4. Fremme refleksjon over praktisk kunnskap som igjen kan være et utgangspunkt for opplæring og veiledning.
5. Sikre kvalitet på oppfølgingen og muliggjøre evaluering av arbeidet.

Figur 3 beskriver handlingsprogrammets faser.

Figur 3: Beskrivelse av koordineringsprosessen


Det er avklart at tjenestemottakeren har behov for langvarig koordinering av tjenester (dvs har rett til IP)
Pkt.4.2.
Avklare om tjenestemottakeren ønsker IP.
nei
Det blir ikke utarbeidet IP, men tjenestemottakeren har likevel krav på et helhetlig, individuelt tilpasset tilbud. Tjenesteyterne må samarbeide med hverandre og tjenestemottakeren, og dokumentere arbeidet sitt.
ja
Valg av koordinator. Tjenestemottakeren skal ha innflytelse ift valget
Koordinator etablerer forhold til tjenestemottakeren, samt til tiltaksnettverket.
Kartlegge tjenestemottakerens situasjon, ressurser, mål og behov.
Pkt.4.3.
Behov for ansvarsgruppe?
nei
Tjenestemottakeren og koordinator oppretter ansvarsgruppe
Ansvarsgruppa gjør helhetlig vurdering ut fra kartleggingen
Koordinator og tjenestemottakeren gjør helhetlig vurdering
Pkt.4.4.
Velge strategi
Pkt.4.5.
Planlegge oppfølgingen / lage individuell plan
Pkt.4.6.
Koordinere oppfølgingen
Pkt.4.7.
Evaluere
Behov for videre koordinering?
Pkt.4.8.
ja
nei
Avslutte koordinering

4.2. Etablering

Lederen legger til rette

I NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt* understrekes ledelsens ansvar for at retten til individuell plan oppfylles og at det innarbeides systemer for rapportering av måloppnåelse og avvik. Ledelsen må sette mål for arbeidet med individuell plan og sikre gode rammebetingelser for den enkelte tjenesteutøver i arbeidet med individuell plan.

Koordinator arbeider på delegasjon fra sin leder, som aktivt må støtte koordinator i sitt arbeid. Det må også settes av tid til at du som koordinator kan delta i veiledningen.

Det er også viktig at alle samarbeidspartnerne i tjenestenettverket anerkjenner, støtter og er lojale til koordinators arbeid.

Avklaringer

Man må avklare hvilke tjenestemottakere som har behov for en langvarig koordinering av tjenestene, og dermed har rett til en individuell plan. Det bør utvikles systemer som sikrer at dette foregår på en systematisk og god måte.

Videre må det avklares om tjenestemottakeren ønsker en individuell plan. I så fall innhentes samtykke til planen og til hvilken informasjon som kan utveksles. Avslår tjenestemottakeren tilbud om individuell plan, må tilbudet uansett koordineres.

Valg av koordinator

Utgangspunktet for oppnevningen av koordinator kan være en allerede etablert kontakt med tjenestemottakeren. Man bør legge vekt på hvem tjenestemottakeren selv ønsker skal være koordinator. Koordinator oppnevnes av sin leder, som må sørge for at koordinator er egnet til oppgaven og får nødvendig kompetanse. Det lages en skriftlig avtale mellom koordinator og tjenestemottakeren, og tjenestemottakeren må få informasjon om at han har rett til å be om skifte av koordinator.

Det må være avklart at koordinator kan følge tjenestemottakeren over et lengre tidsrom (for eks. 2 år). Det kan allikevel skje at koordinator slutter eller får langvarig fravær underveis. Da er det leders ansvar at en ny koordinator om mulig overtar i god tid, slik at tjenestemottakeren unngår å oppleve skiftet som et kontinuitetsbrudd. Det bør etableres rutiner for dette i kommunen og på sykehuset.

Veiledning

Systematisk opplæring og veiledning har vist seg å være en nødvendig forutsetning for å lykkes med å lære koordinering. I prosjektperioden vil du delta i gruppeveiledning. Veiledningsgruppene vil bestå av koordinatorer med ulik bakgrunn og funksjon i tjenestenettverket. Her kan dere dele erfaringer og kunnskap som letter samarbeidet omkring felles tjenestemottakere. Veiledning gir dere også anledning til å lære både *om* hverandre og *av* hverandres erfaringer og funksjoner.

Tid til koordinering

I forhold til tjenestemottakere som fra før har fått en mangelfull oppfølging, vil denne arbeidsformen ofte føre til merarbeid i en overgangsfase. Derfor bør du i første omgang starte som koordinator for en eller to tjenestemottakere.

Møtene mellom deg og tjenestemottakeren vil variere i tid. Varigheten er gjerne fra en halv til en time. Vanlig frekvens er fra en til fire ganger i måneden. I tillegg må du avsette tid til kontakt med en eventuell ansvarsgruppe eller aktuelle samarbeidspartnere gjennom telefon, brev eller uformelle møter. Arbeidsmengden vil derfor variere etter situasjonen og etter hvor mye du selv utfører av fagspesifikke oppgaver for din tjenestemottaker. Erfaringer fra sammenlignbare prosjekter med oppfølging over to år, viser at tiden til direkte møter med tjenestemottakerne og indirekte oppgaver som koordinator til sammen ligger på en til to timer i uken.

Relasjonen mellom tjenestemottakeren og deg er grunnmuren!

Grunnlaget for å lykkes med koordineringsarbeidet er at du etablerer og vedlikeholder et forhold til tjenestemottakeren som er preget av tillit og respekt. Du skal oppleves både som en personlig støtte og en profesjonell hjelper som samarbeider med tjenestemottakeren mot felles mål. Det trengs ofte tid for å bli kjent med hverandre og oppnå nødvendig trygghet og fortrolighet. Du må finne en balanse mellom å være personlig og privat.

Tjenestemottakeren må oppleve å bli sett, respektert og støttet. Forholdet styrkes når du opptrer faglig solid, forutsigbart og i konkrete handlinger viser at du er til å stole på. Ved å være tjenestemottakerens talsmann overfor tjenestenettverket, kan også alliansen og samarbeidet styrkes.

Alle relasjoner er dynamiske og endres kontinuerlig. Du må ha som mål å opprettholde samarbeidet med tjenestemottakeren også i vanskelige perioder. Kontinuitet er viktig for å lykkes.

Relasjonen til de pårørende er også viktig!

De samme prinsippene for relasjonsbygging gjelder også ovenfor pårørende, der disse er sentrale i tjenestemottakerens liv. De pårørende kjenner ofte tjenestemottakeren bedre enn noen andre, har noen ganger fungert som koordinatorer i lang tid og er som regel tjenestemottakerens viktigste ressurs. Spill på lag med dem!

Relasjon til tiltaksnettverket

For å sikre samhandlingen med tiltaksnettverket må du gjøre deg kjent med det. Du må i tillegg ta kontakt med de fagpersonene som yter hjelp til din tjenestemottaker, informere om at du er koordinator, og be om å bli informert og tatt med på råd dersom de gjør endringer i tilbudet til tjenestemottakeren.

Taushetsplikten

Kommunikasjon og samhandling mellom deg og samarbeidspartnerne vil i praksis alltid skje med informert samtykke. Likevel er det viktig å begrense opplysninger om

tjenestemottakeren til det som er nødvendig for at samarbeidspartnere skal kunne utføre sine oppgaver.

4.3. Kartlegging

I kartleggingsfasen skal du samle tilstrekkelig informasjon for å kunne gjøre en helhetlig vurdering av tjenestemottakerens situasjon, mål, ressurser og behov. Du bør gjennomføre systematiske samtaler med tjenestemottakeren med utgangspunkt i kartleggingsverktøyene i permen. Her kan allerede etablerte kartleggingsverktøy også brukes. De pårørende vil også ofte være viktige å trekke inn her. Dine observasjoner som fagperson vil dessuten være naturlige bidrag til en god kartlegging.

Ofte er det nødvendig med tilleggsinformasjon fra andre hjelpere. Med informert samtykke fra tjenestemottakeren kan du skaffe opplysninger fra for eksempel lege eller sykehus.

Avklare mål

I samarbeid med tjenestemottakeren kan du få fram dennes mål og ønsker på viktige livsområder. De pårørende kan også ivareta denne funksjonen i større eller mindre grad, avhengig av tjenestemottakerens evne til å medvirke i utformingen av sin individuelle plan. Dette er en bevisstgjøringsprosess som kan ta lang tid, men som er avgjørende for den videre oppfølgingen. Å oppmuntre tjenestemottakeren til å sette ord på sine ønsker og mål, styrker tjenestemottakerens håp, engasjement og medvirkning.

Kartlegging av behov for tiltak

I samarbeid med tjenestemottaker og eventuelle pårørende skal du avklare aktuelle behov og hva det haster mest å ta fatt i.

Opprettelse av ansvarsgruppe?

For noen tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester kan det være hensiktsmessig at det opprettes en ansvarsgruppe. Beslutningen tas av tjenestemottaker sammen med koordinator. Pårørende trekkes inn i ansvarsgruppen i den utstrekning tjenestemottaker og pårørende ønsker det. Dersom en tjenestemottaker ikke har samtykkekompetanse, har tjenestemottakerens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med tjenestemottaker.

4.4. Vurdering

Vurderingen skal baseres på realistiske målsettinger og muligheter. Gjennom kartleggingsfasen har du fått grunnlag for å gjøre en helhetsvurdering sammen med tjenestemottakeren og eventuelle pårørende. Dere bør i tillegg til vurdering av kartlagt situasjon og forhistorie, ressurser, mål og behov for tjenester, også ta hensyn til tilgjengelige muligheter og ressurser i tiltaksnettverket. Tar du deg tid til en slik helhetsvurdering og undersøker hva tjenestemottakeren og eventuelle pårørende synes det er viktigst å starte med, vil det øke sjansene for at de tiltak som settes i verk blir vellykkede.

4.5. Valg av strategi

> Alice til Katten: ”Vil du være så snill å si meg hvilken vei jeg burde gå for å komme bort herifra?” ”Det avhenger i høy grad av hvor du ønsker å komme hei sa Katten ”Det er ikke så nøye - ” sa Alice. ”Så er det ikke så nøye hvor du går heller” sa Katten. ”Bare jeg kommer *noensteds* hen” sa Alice som en slags forklaring. ” Å, *der* kommer du sikkert ” sa katten. ”Bare du går lenge nok” (Fra Alice`s Adventures in Wonderland av Lewis Carrol)

Strategi betyr ”Framgangsmåte for å nå et mål.” Når du gjennom de forutgående fasene i handlingsprogrammet i samarbeid med tjenestemottakeren har kommet fram til forslag om hva som bør gjøres, bør også konsekvensene av de ulike valg komme fram. Ut fra helhetsvurderingen blir det enklere å velge en riktig strategi.

Strategien er en dynamisk prosess !

For å lykkes med strategiarbeidet er det viktig å innse at dette er en prosess som skal samle og motivere alle involverte til å arbeide mot de samme mål. Vi foreslår at du i strategiprosessen (gjerne i ansvarsgruppa) legger opp til en løsningsfokusert og aksepterende prosess. Ved å ha fokus på de beste situasjonene tjenestemottakeren og eventuelle pårørende tidligere har erfart og hva de har lyktes med, kan dere bygge videre på dette når strategien utformes.

Tjenestemottakere som deltar i dette prosjektet har sammensatte behov, og ofte preges deres situasjon og behov av endring og utvikling. Det er viktig at strategiprosessen tar høyde for dette, og at det jevnlig blir foretatt revisjon av strategi i takt med tjenestemottakerens behov og utvikling.

4.6. Planlegging

Du skal sammen med tjenestemottakeren og eventuelle pårørende lage en individuell plan for oppfølgingen, dersom de samtykker til dette. Planen er et virkemiddel for å få til koordineringen. Den individuelle planen er ikke noe mål i seg selv og veilederen for individuell plan beskriver den som et ”underveis produkt”. Den skal være dynamisk og gjenstand for jevnlig endring. På denne måten vil den bidra til å sikre at det samlede tjenestetilbudet framsår som helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset.

Den individuelle planen er tjenestemottakerens plan – ikke tjenesteutøvers. Jo mer ansvarlig og delaktig tjenestemottakeren er i planprosessen, jo bedre er mulighetene for å lykkes med målsettingene. Planen er en del av tjenestemottakerens journal, og er underlagt Forskrift for Pasientjournal.

Noen tjenestemottakere kan ha behov for en plan for tiltak ved kriser eller symptom-forverring. Denne planen bygger på kunnskap om hvordan tidligere kriser har utviklet seg og hva som har bidratt til å forhindre dem. En slik beredskapsplan er del av kommunens mal for individuell plan. Spesialisthelsetjenesten er ofte sentral i en slik planlegging og viktig å trekke med i denne delen av arbeidet.

4.7. Koordinering

Arbeidet i denne fasen baseres på de faste avtalene du har med tjenestemottakeren og hans eventuelle pårørende, og på møtene i en eventuell ansvarsgruppe eller med deler av tjenestenettverket. Innholdet i møtene med tjenestemottakeren tilpasses den enkeltes situasjon og behov. Ofte dreier de seg om hvordan hjelpetilbudet oppleves, hva som fungerer godt og hva som mangler/ må bli bedre. For tjenestemottakeren er samtalene en mulighet til å oppsummere tanker og erfaringer. Den jevnlige kontakten med deg får på denne måten stor betydning gjennom opplevelsen av personlig støtte og mulighetene for egen refleksjon.

Ofte er det best å møtes hjemme hos tjenestemottakeren, hvis han ikke er innlagt på sykehus eller institusjon. Det er viktig at du blir kjent med din tjenestemottakers hjemmeforhold og nærmiljø, og hvordan han fungerer der, for å skape et godt forhold til vedkommende og de pårørende og for å få kunnskaper om hva de har behov for.

4.8. Evaluering

På avtalte tidspunkter bør du sammen med tjenestemottakeren, eventuelle pårørende og de andre i tjenestenettverket møtes for å oppsummere erfaringene: Hva har skjedd siden sist? Hva har vi fått til? Hva fikk vi ikke til? Må målene justeres? Hva må endres? Dersom det er opprettet en ansvarsgruppe, bør evalueringen gjøres der. I evaluering er det viktig å løfte fram og forstørre det som har vært positivt, da det negative har lett for å få stor plass. Ros og positive tilbakemeldinger virker motiverende for oss alle.

Ut fra evalueringen blir nødvendige endringer foretatt i samarbeid med tjenestemottaker og eventuelle pårørende. Planen endres i forhold til dette, og alle involverte i tjenestenettverket får informasjon om eventuelle endringer.

Som et ledd i dette prosjektet vil du fylle ut en evalueringsprotokoll som vil gi deg og tjenestemottakeren et godt grunnlag for å vurdere hvordan koordineringsarbeidet fungerer.

Etter at tjenestetilbudet til tjenestemottakeren er godt koordinert, kan det komme et tidspunkt der han ikke lenger har behov for koordinator og dette bør også drøftes under evalueringen.

5.0. Utfordringer i koordinatorarbeidet

Erfaringsmessig vil du i ditt samarbeid med tjenestemottakeren og de pårørende ofte møte utfordringer og hindringer i arbeidet. Det forholdet du har bygget opp til dem vil da være viktig og kan være en kilde til læring og utvikling både for dem og deg. Motgang og konflikt kan være viktige byggesteiner for ønsket vekst og utvikling. Når motgang kommer er det lett å tenke at det skyldes din manglende erfaring eller kompetanse, samarbeidspartnernes udyktighet eller tjenestemottakerens problemer. Klarer du å skifte fokus fra enkeltpersoner til forholdet mellom personene, er det ofte lettere å finne konstruktive løsninger. I slike situasjoner er det viktig å drøfte problemene med din veileder. Dersom du likevel ikke finner noen utvei, er det riktig at du melder fra om dette til din leder. Man kan oppnå mye ved hjelp av koordinering, men ikke utføre mirakler!

Det kan oppstå situasjoner preget av uenighet mellom tjenesteutøverne og pårørende om tjenestemottakerens behov og hva som er til tjenestemottakerens beste. Pårørende kan også være innbyrdes uenige om dette, og i begge situasjoner kan du som koordinator komme i en utsatt og klemt posisjon mellom motstridende interesser og posisjoner. Da er det viktig at du på et tidlig tidspunkt involverer din leder i problemstillingen. Slike situasjoner kan du også ta opp i din veiledningsgruppe.

Sviktende samhandling med andre deler av tjenestenettverket

Tjenesteytere plikter å samarbeide om oppfølging av tjenestemottakeren. Til tross for dette, kan samhandlingen i tjenestenettverket fungere dårlig i perioder.
Dette kan vise seg i form av manglende kommunikasjon, eller ved at opplegg blir endret uten at du som koordinator blir tatt med på råd. Da er det viktig å ta dette opp med dem det gjelder og eventuelt si fra om dette til din leder. Det er viktig at dialogen opprettholdes og at du foreslår tiltak som kan styrke samhandlingen. En godt fungerende ansvarsgruppe kan motvirke dette problemet. God og tydelig informasjon til tjenestemottakerens andre kontakter i tjenestenettverket om din rolle som koordinator vil også forebygge dette. Raske tilbakemeldinger til ledelse og prosjektlederne er sentralt, slik at problemer kan tas opp i rette fora. Ofte vil problematikken kreve involvering av ledelsen fra forskjellige instanser. Veileder bør bringe slike saker fra gruppene tilbake til ledelsen og prosjektledelsen.

Manglende forankring i ledelsen

Tjenestemottakere som inngår i dette prosjektet har så komplisert problematikk at det stiller spesielle krav til tidsbruk og veiledning. Dersom dette ikke blir forstått og fulgt opp av din leder, kan oppgaven bli umulig å gjennomføre.

Mangel på ressurser i tjenestenettverket

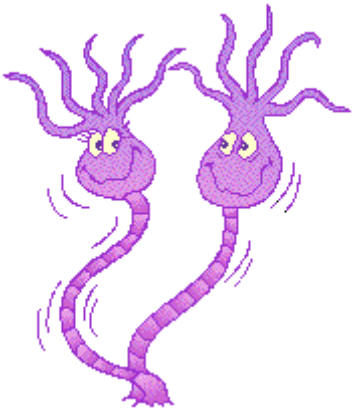
Manglende ressurser eller kompetanse kan føre til at tjenestemottakeren ikke tilbys de nødvendige hjelpetilbudene. Det blir da en utfordring for deg å utnytte eksisterende muligheter gjennom oppfinnsomhet og improvisasjon. Samtidig må ledelsen bli gjort oppmerksom på manglene i tjenestetilbudet.

Rollekonflikter

Som oftest vil du også utføre fagspesifikke oppgaver du er kvalifisert for. Dette fører til at du får flere roller overfor tjenestemottakeren. Som koordinator er du for eksempel støttespiller, talsmann eller motivator. I det fagspesifikke arbeidet kan rollen være fysioterapeut, sykepleier, vernepleier, avlaster med mer. Noen ganger kan slike dobbeltroller bli problematiske, både for tjenestemottakeren og deg. For eksempel kan det være vanskelig å forene innholdet i rollene som arbeidsleder og støttespiller.

Fig 4: Koordinator og fagutøver, en person og to roller

Koordinatoroppgaver
(NB! Noen av disse utføres i samarbeid med en ev. ansvarsgruppe!)
Etablere relasjon til tjenestemottakeren, pårørende og tjenestenettverket.
Støtte og motivere.
Avklare tjenestemottakerens situasjon.
Kartlegge mål, ressurser og behov for tiltak.
Lage individuell plan.
Iverksette og evaluere gjennomføringen av planen.
Sikre kontinuitet i oppfølgingen.



Fagspesifikke oppgaver
Behandling
Familiearbeid
Avlastning
Ergoterapi
Fysioterapi
Arbeidstrening
Opplæring
Sosialrådgivning
Omsorgsarbeid
Kultur/fritidsarbeid
med mer

Rollekonflikter kan også oppstå dersom en av de pårørende har behov for og ønsker hjelp for egne problemer av deg, eller når det er alvorlige konflikter i familien. Dersom du blir stående alene med slike utfordringer, kan du komme i en umulig situasjon. Problemet kan motvirkes ved at familiemedlemmenes behov fordeles på flere hjelpere. Du som tjenestemottakerens koordinator bør ta ansvaret for å følge opp vedkommendes interesser, mens andre hjelpere får i oppgave å ta vare på de øvrige familiemedlemmenes behov. I slike tilfeller er det viktig med god informasjon og samarbeid mellom de ulike hjelperne.

Veiledning vil som regel være til god hjelp når man må fylle flere roller i forhold til tjenestemottakeren og eventuelle pårørende. Det er videre viktig at din rolle og dine oppgaver som koordinator oppfattes likt av tjenestemottakeren, pårørende, de andre i tjenestenettverket og deg selv. Dette krever et vedvarende informasjonsarbeid på mange nivåer og etater. Du som koordinator bør prøve å informere i egen virksomhet om koordineringsarbeidet.

Koordinering blir oppfattet som erstatning for andre tiltak

Både omgivelsene og tjenestemottakeren kan forvente mer enn det er mulig for deg å innfri. Dette kan forebygges ved at du er tydelig på din rolle og funksjon både overfor tjenestemottakeren, de pårørende og ovenfor ansvarsgruppen / andre samarbeidspartnere. Det er viktig at du som koordinator ikke tar på deg oppgaver utenfor ditt kompetanseområde, men fordeler disse til rett sted i tjenestenettverket. Er du i tvil her, ta dette opp med din leder eller veileder.

Målsettinger blir ikke innfridd

Oppfølgingen kan gå i stå fordi tjenestemottakeren og eventuelle pårørende blir skuffet over mangel på framgang og resultater. Årsaken kan være en urealistisk strategi eller målsetting, eller at dere har oversett små, men viktige positive endringer i tjenestemottakerens situasjon. Konkrete oppnåelige delmål vil motvirke noe av dette problemet. Det er også viktig at du ser vedkommendes hjelpebehov, ønsker og mål i sammenheng med mulighetene og begrensningene i det lokale tjenestenettverket. Da unngår man unødvendige skuffelser og frustrasjoner hos både tjenestemottaker og tjenesteyter.

Samtidig er det en smertefull - men også riktig - innsikt at man ikke kan hjelpe alle med alt. En viktig erfaring over mange år er at denne type endringsarbeid tar lang tid og krever tålmodighet.

Koordineringen blir styrt av kriser

Tilbakefall av symptomer eller funksjonssvikt hos tjenestemottakeren kan føre til at dere forlater planene for oppfølgingen. I verste fall oppstår en svingdørssituasjon, der oppmerksomheten og ressursene rettes mot kriser og akutte episoder, mens den langsiktige oppfølgningen forsømmes. En egen beredskapsplan for å forebygge kriser vil bidra til å løse dette problemet.

Motivere til reell medvirkning fra tjenestemottakerne

Noen tjenestemottakere følger ikke opp det tilbudet de får. Det kan skyldes at tilbudet ikke oppleves som relevant eller at alliansen med koordinator er for svak. Hos noen tjenestemottakere kan det ta lang tid å etablere en god arbeidsallianse, enten det skyldes at de ikke vil eller ikke klarer å samarbeide. Alliansebygging blir da en hovedoppgave, som kan kreve veiledning. Lykkes man fortsatt ikke å få oppfølgingen i gjenge, kan det være aktuelt å overføre ansvaret til en annen koordinator.

Koordinering som oppskrift eller kunststykke

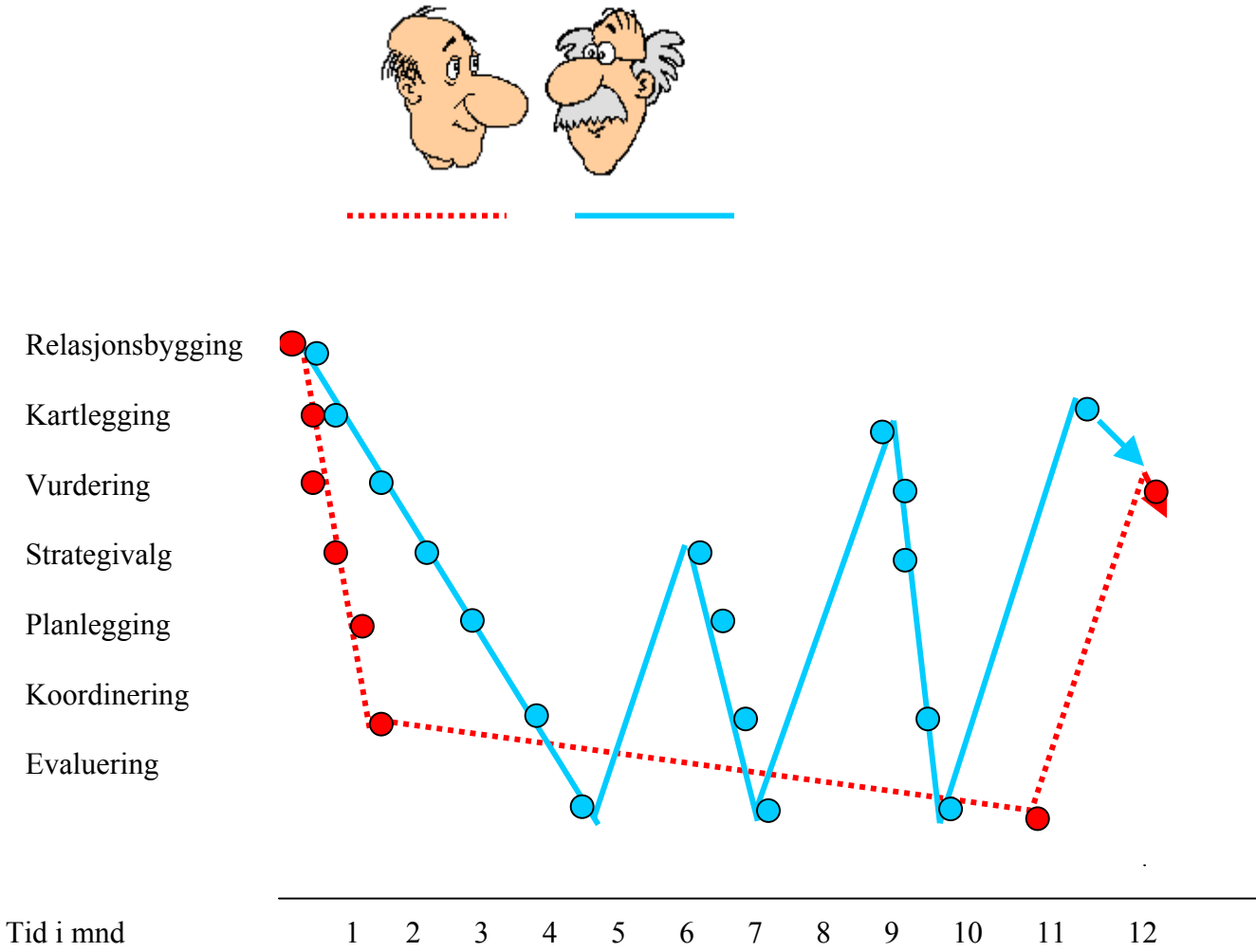
I arbeid med mennesker finnes det ingen enkle oppskrifter. Vi oppfordrer deg til å reflektere kritisk over handlingsprogrammet, og komme med innspill i veiledningsgruppen og på erfaringsseminarene. På denne måten får du muligheten til både å integrere arbeidsmodellen i din egen praksis og samtidig bidra til å videreutvikle den.

Oppfølging av tjenestemottakere med sammensatte tjenestebehov kan sammenlignes med prosjektarbeid. Hver enkelt representerer ”sitt eget prosjekt”, der innholdet varierer med

den enkeltes personlige mål og livssituasjon. Til tross for store individuelle forskjeller vil du oppleve at oppfølgingen inneholder de samme fasene. I praksis vil fasene ofte overlappe hverandre. Av og til må noen av dem gjentas underveis, for eksempel når tjenestemottakerens situasjon har endret seg, eller når det er gjennomført tiltak som ikke har ført til forventet resultat.

Relasjonen til tjenestemottakeren og eventuelle pårørende er avgjørende, og utvikling av denne kan være en tidkrevende prosess. Dersom en går for fort fram, kan koordineringsarbeidet bli en papirøvelse i stedet for et virksomt verktøy i hverdagen. Arbeidsprosessene for ulike tjenestemottakere kan av mange grunner ha høyst forskjelling forløp, både med hensyn til tempo og til vektlegging av de ulike fasene i prosessen slik det er vist i figur 5.

Figur 5: Eksempel på ulike koordineringsforløp for to tjenestemottakere.



Figuren illustrerer koordineringsarbeidet for to tjenestemottakere. For det ene blir situasjonen relativt raskt kartlagt, vurdert, planlagt og gjennomført, og resultatene blir evaluert etter ca. ett år. For det andre velges et langsommere tempo, blant annet for at også denne tjenestemottakeren skal være delaktig i alle fasene. Her evaluerer man jevnlig i koordineringsfasen om oppfølgingen går etter planen eller om den må justeres. Det har vært nødvendig å gå noen trinn tilbake i prosessen for å gjøre en ny kartlegging og vurdering av tiltak, for så å justere planene.

Gjennom ditt arbeid som koordinator vil du etter hvert opparbeide en ledighet i forhold til handlingsprogrammet. Denne kan sammenliknes med en pianists forhold til noter. Han starter med å lære seg skalaen, men når den er integrert, kan han frigjøre seg fra den og skape levende musikk. Vi har møtt mange koordinatorer som skaper levende musikk med sine tjenestemottakere og vi ønsker deg lykke til med dette spennende arbeidet. Det kan forbedre tjenestemottakernes liv radikalt - til stor glede for alle involverte.

STIFTELSEN

GRUK

GRUPPE FOR KVALITETSUTVIKLING I SOSIAL OG HELSETJENESTEN

2005

Veien til individuell plan - VIP

Veileder for veiledere

WWW.GRUK.NO

VELKOMMEN SOM VEILEDER

I dagliglivet brukes begrepet veiledning om mange ulike aktiviteter. Vi ber om veiledning når vi står fast i en sak og trenger å diskutere den med en kollega eller en leder. Vi ber også om veiledning når vi opplever et mer eller mindre konkret behov for påfyll i jobben vår. Det er ikke bestandig like klart hva som skal være innhold og mål i den aktiviteten vi ber om.

Som veileder er du sikkert fortrolig med begrepet faglig veiledning, og du har sannsynligvis utviklet din egen stil og tilnærming til oppgaven. Du er helt sikkert også oppmerksom på at begrepet er definert på ulike måter, og at ulike faggrupper har utviklet ulike veiledningstradisjoner.

Dette mangfoldet kan være utfordrende å forholde seg til, spesielt hvis vi ikke er oppmerksomme på at mangfoldet eksisterer. Dersom vi går ut fra at begrepet ”faglig veiledning” inneholder det samme for alle som bruker det, kan vi lett utvikle en tilsynelatende enighet. Unnlater vi å konkretisere hva begrepet inneholder, skapes lett forvirring og uklarhet når ulike tradisjoner skal jobbe konkret med veiledning sammen. For deg som nå skal veilede en tverrfaglig sammensatt gruppe, vil det derfor være nyttig å forberede deg ved å ta noen avklaringsrunder med deg selv: Hva er det du vanligvis legger vekt på når du veileder, hvilken tradisjon er du opplært i? Hva vet du om andre veiledningstradisjoner?

KJENNETEGN VED VEILEDNINGEN

Vi har vært inne på at veiledningsbegrepet er mangfoldig, og at ulike tradisjoner for faglig veiledning eksisterer både mellom faggrupper og innen den enkelte faggruppe. Likevel er der noen kjerneelementer som er felles:
Faglig veiledning er en systematisk og langvarig *faglig læringsprosess* og et virkemiddel for å utvikle *faglig identitet.* Veiledningen skal bidra til *å integrere viktige faglige prinsipp i den enkelte fagutøvers praksis.* Som oftest er en mer erfaren kollega veileder for en mindre erfaren kollega, og fungerer også i varierende grad som modell for den minst erfarne. Veiledningen kan gjennomføres individuelt eller i gruppe. Ingen utenom gruppen får tilgang på det som skjer i veiledningsprosessen, det blir mellom veileder og gruppens deltakere.
Faglig veiledning er i sin rene form *faggruppespesifikk.*

Den tverrfaglige veiledningen har også læringsprosessen som sitt sentrale mål. Det skal ikke utvikles en felles faglig identitet. Her skal ulike yrkesgrupper være sammen og ulikhetene blant gruppemedlemmene vektlegges og brukes aktivt som en ressurs i læringsarbeidet. Veiledningsprosessen skal støtte deltagernes arbeid med koordinatorrollen og samarbeidet med tjenestemottakere og eventuelle pårørende om arbeid med individuell planer.

Veiledningsgruppen skal reflektere rundt og trene på iverksetting av tjenestemottakeres individuelle prosess, sette tjenestemottakerens egne behov og mål i sentrum, og føre til at tjenestene blir koordinert.

Forankring av arbeidsmodellen/koordinatoransvaret i tjenestesystemene er en sentral suksessfaktor. I hverdagen vil koordinatorene ofte støte på vansker som oppstår i systemene /på

den enkeltes arbeidssted. Koordinator kan for eksempel oppleve at tidspresset på jobben er stort, og at hun/han ikke får satt av nødvendig tid til koordineringsarbeidet. Mange har også opplevd at informasjon om prosjektet og koordinators funksjon ikke har nådd fram til alle tjenestesteder. Koordinator kan få problemer med å bli anerkjent i sin funksjon. Koordinator har kanskje også flere roller overfor sin tjenestemottaker, og det kan være vanskelig for alle parter å forstå hva koordinatorrollen innebærer.

Forankringsarbeidet må betraktes som en prosess. Når situasjoner som dem vi har nevnt over oppstår, vil et arbeid for å løse vanskene kunne bringe forankringsprosessen videre. Ulike problemer koordinatorene opplever i møte med tjenestesystemet må derfor bringes videre til systemansvarlig i kommunen. Dette er avgjørende for å sikre at koordinatorene har gode rammebetingelser for arbeidet. Veileder har et særskilt ansvar for å medvirke til at systemproblemer som kommer fram i veiledningen bringes videre.

VEILEDERROLLEN

Handal og Lauvås (”*Veiledning og praktisk yrkesteori”, 2000)*) skriver om veiledning:
Veiledning skal være en betydningsfull, profesjonell assistanse i individers og gruppers læring og utvikling, et viktig supplement til annen pedagogisk virksomhet. Det karakteristiske ved veiledning som pedagogisk aktivitet er nærheten, omtanken og det personlige som danner grunnlaget, og som preger virksomheten.

Dette er en beskrivelse som også gjelder for denne veiledningen. Alt du kan fra før om tilrettelegging av læringsprosesser får du bruk for som veileder her. Du kan trygt bruke de redskapene/virkemidlene du tidligere har brukt (f eks. rollespill, reflekterende team, bruk av tavle eller flip-over). Trenger du ideer til gode redskap, kan veiledningslitteraturen bidra her. Prøv for eksempel boken ”Skjulte ressurser” av Susanne Bang/Ken Heap (*1999*). Du får også bruk for all din kunnskap om grupper, gruppeprosessen og gruppeleders rolle i de ulike fasene av prosessen.

<u>Forholdet til veiledningsgruppen.</u>
Koordinator-rollen og veien til individuell plan er utgangspunktet og målet for veiledningsgruppen. Det vil variere hvor mye kunnskap og erfaring den enkelte koordinator har i forhold til dette. Deltagerne i gruppa koordinerer for en eller flere tjenestemottakere og deres oppgave er å arbeide systematisk sammen med tjenestemottaker slik at denne får et helhetlig og koordinert tilbud.
Noen veiledere i andre læringsnettverk har opplevd at gruppen har utfordret dem på hva koordinatorene kan lære av å delta i veiledningsgruppen, og på hva veilederne har å bidra med i forhold til deres arbeid.
Det kan være nyttig å reflektere over hva dette kan bety for din rolle som veileder. Sammen med din medveileder kan du da lettere være bevisst på hvordan du vil møte en slik situasjon hvis den oppstår.

Her er noen punkter du kan ta med på veien:

- Koordinatorene deltar i veiledningsgruppen fordi de skal bli dyktige i rollen og kunne lede prosessen med individuell plan, ikke fordi de gjør en utilfredsstillende jobb. I utgangspunktet er hver enkelt en kompetent fagperson med mye kunnskap og erfaring. Denne kompetansen er svært verdifull også i dette veiledningsarbeidet.
- Dine hovedoppgaver som veileder er å sette i gang og støtte en gruppeprosess som fremmer læring, og å beholde fokus på koordinators rolle og tjenestemottakers prosess ved å stadig relatere veiledningsstoffet til det. Her vil gruppemedlemmer som er fortrolige med denne måten å jobbe på være en ressurs i gruppens læringsarbeid.
- Vi vet at læringsarbeid inneholder ulike faser. Frustrasjon kjennetegner noen av dem. Faser med frustrasjon i gruppen betyr sannsynligvis ikke at du/dere gjør en dårlig jobb som veileder, men at læringsarbeidet går sin gang dersom frustrasjonene tas på alvor og utforskes i gruppen.
- Du vil ha utbytte av å sette deg godt inn i håndboka før veiledningsgruppen kommer i gang.

<u>Å være to veiledere</u>
Hver gruppe har oppnevnt to veiledere. Dels fordi dette er nytt stoff og nye roller for de fleste, og dels for å gjøre veiledningsarbeidet mindre sårbart ved sykdomsfrafall, permisjoner og lignende.

Det å være to veiledere sammen i en gruppe kan oppleves positivt og støttende. Det blir meldt tilbake at det er nyttig å ha en å planlegge sammen med, en å få feedback fra og en å dele ansvaret med. Sannsynligvis vil du og din medveileder ha ulike perspektiv og erfaringer med dere inn i gruppen. Dere kan utfylle hverandre, både i forhold til forståelse av hva som skjer i gruppen og i måten å veilede på.

Samledelse (*Ken Heap: Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere, 1998*) kan imidlertid også medføre noen utfordringer, og det kan være lurt å bruke litt tid på forholdet mellom deg og din medveileder før dere starter med selve veiledningsoppgaven. Det kan blant annet være nyttig å sammen drøfte disse spørsmålene:

- Hvilken rollefordeling ønsker dere, skal dere dele ansvar og aktivitet likeverdig? Hvordan skal dere i tilfelle sørge for at dette skjer?
- Hvordan vil dere takle eventuell uenighet som oppstår mellom dere?
- Hvordan vil dere gi hverandre feedback og støtte hverandre?
- Hvordan kan dere hjelpe hverandre til å beholde fokus i det veiledningsarbeidet som skal foregå i gruppen?

FORBEREDELSE TIL OG OPPSTART AV VEILEDNINGEN

Andre læringsnettverk har gjort viktige erfaringer fra denne fasen i veiledningen som kan komme flere til gode. Innholdet i dette kapitlet er ment som forslag og ideer.

Som tidligere nevnt, vil du/dere ha god støtte i tidligere erfaring som veiledere og/eller ledere av grupper. For eksempel vil kompetanse i å skape trygghet og et godt læringsklima i en gruppe være viktig. Erfaring i generell gruppeledelse og/eller pedagogisk kunnskap og erfaring er også nyttig. Under punktet for veiledningsoppstart vil vi gi noen praktiske eksempler på måter en kan etablere grupper.

Nyttig å tenke gjennom:

- *Veilederparet*
  Det er en fordel at veilederparet er litt kjent og enige om rammer, rollefordeling og hvordan de vil legge opp veiledningen før de møter gruppa første gang. Det kan være lurt å be arbeidsgiver om nødvendig frigitt tid før oppstart av grupper, samtidig som man skisserer hvor mye tid som vil trenges til arbeidsoppgaven videre. Mange sier at det er fornuftig å bruke en halv time til forberedelse og en halv time til oppsummering og refleksjon etter veiledningen.

- *Taushetsplikt i veiledningsgruppa.*
  Når tjenestemottaker skriver under samtykkeerklæring til å få en koordinator, vil han/hun også ha samtykket i at koordinatoren skal kunne få veiledning i gruppe på sitt arbeid med denne tjenestemottakeren. Det bør ikke gis mer informasjon om tjenestemottakeren i gruppen enn det som er nødvendig for å gi/motta veiledning. Alle veiledningsgrupper forholder seg selvfølgelig til den generelle taushetsplikten som er beskrevet i Lov om helsepersonell og Forvaltningsloven.

- *Samarbeid mellom tilrettelegger og veiledere*
  Tilretteleggers/systemkoordinators rolle er å hjelpe til der systemproblemer forstyrrer læringen og arbeidet for koordinatorene, og vil derfor trenge tilbakemeldinger fra koordinatorene. Dette kan veilederne være behjelpelige med, enten ved direkte kontakt eller i veiledersamlinger.

PRAKTISKE RAMMER FOR OPPSTART AV GRUPPE

- *Lokale og utstyr*
  Tilrettelegger kan være behjelpelig med å finne egnet lokale/utstyr for veiledningsgruppa. Det er en stor fordel at gruppa kan benytte det samme lokalet hver gang.

- *Kontrakt for gruppa*
  Mange velger å lage en skriftlig kontrakt for veiledningsgruppa ved oppstart.
  Fordelene ved en slik kontrakt er blant annet:
  - Arbeidet i gruppa for å bli enige om en kontrakt kan være et godt redskap for å avklare forventninger og forutsetninger for veiledningen..
  - Deltakerne får tidlig en felles avklaring på hva slags kjøreregler denne gruppa skal styre etter. Det kan oppleves litt mer forpliktende for både veiledere og koordinatorer å ha en skriftlig kontrakt.
  - Kopi av kontrakten kan også leveres arbeidsgiver, og eventuelt underskrives av denne, for å synliggjøre at vedkommende koordinator deltar i veiledning på oppdrag fra sin leder, og når dette vil foregå. For å unngå irritasjon på arbeidsplassen kan det likevel være lurt at koordinator litt tid i forveien informerer om og planlegger tidsbruken på veiledningsdagene. Skulle det likevel oppstå vanskeligheter, kan tilrettelegger bistå med å løse slike problemer.

- Elementer for skriftlig og/eller muntlig kontrakt:

  - hensikt med denne veiledningsgruppa
  - hvem er med?
  - når og hvor skal gruppa møtes?
  - hvor lenge varer hver veiledning og hva er ”gangen” i den?
  - referater?
  - evaluering når og hvordan?
  - taushetsplikt
  - møteplikt og regler for fravær
  - hva hvis koordinatorer eller veileder blir langvarig syk/slutter?
  - ansvar for å legge fram materiale til veiledning
  - akutte veiledningsbehov og avtalte framlegg
  - materiell og skrivesaker må være med
  - kopi kontrakt til overordnede/underskrift fra overordnede?
  - tilretteleggers kontakt med veiledningsgruppene

- *Koordinatorer slutter*
  Et vanlig problem i veiledningsgruppene er at noen koordinatorer slutter av ulike grunner (langvarige sykemeldinger, jobbytte, avslutter koordineringa, vanskeligheter med å kombinere koordinatorrollen med egen arbeidssituasjon osv.). Koordinator er oppnevnt av sin leder, og ansvarlig leder for vedkommende vil formelt ha ansvar for at bruker får ny koordinator. Det kan være greit å avklare på forhånd hvordan evt. nye koordinatorer skal tas inn i veiledningsgruppa. En av tilretteleggers oppgaver er å medvirke til å lage lokale prosedyrer for koordinatorbytte. Sjekk om slike finnes.

EKSEMPLER PÅ HVORDAN STARTE OPP EN VEILEDNINGSGRUPPE

For å skape trygghet og følelse av å være inkludert, bør deler av det første veiledningsmøtet brukes til å bli kjent med hverandre. Hvert gruppemedlem sier noe om seg og sin arbeidshverdag.

Man kan som veileder ha forberedt en presentasjon av hensikten med veiledningen, for eksempel på flip-over, lysark eller skrive det på en tavle. En slik presentasjon fordrer at man selv har tenkt grundig gjennom hvorfor denne gruppa skal være sammen over tid.

Hvilke kunnskaper/erfaringer har deltagerne med koordinator rollen og arbeidet med individuell plan? Forventninger til veiledningen er også viktig å få fram.
Veilederne kan gjerne skrive dette ned for å huske det. ”Individuelle læreprosesser starter vel alltid der folk er?” uttalte en veileder på et erfaringsseminar.

Veilederne kan ha behov for å dempe evt. forventninger om ekspert-løsninger fra dem som veiledere. Si noe om at dere også er i en læreprosess, men at dere har ansvar for å lede denne gruppa og bruke dens iboende kompetanse i en felles læringsprosess. Koordinatorene og veilederne har kunnskap om sitt fagfelt, hver sin arbeidssituasjon og hver sin organisasjon. Hensikten med tverrfaglig veiledning er å fremme samarbeid over grensene, lære om hverandre, og lære en felles måte for oppfølging av tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov.
For å sikre at koordinatorene blir kjent med planprosessen, kan man systematisk bruke litt tid hver gang på de ulike trinnene i prosessen som deltakerne forbereder seg på for drøfting i veiledningsgruppa.

<u>Presentasjon av tjenestemottaker</u>

Mange har gjort erfaringer på at det er nyttig og effektivt å ha en gjennomtenkt mal for presentasjon av tjenestemottaker. Slike maler kan gjentas og vil etter hvert bli automatisert. En kjent og trygg ramme tillater større fokus på innholdet i presentasjonen, og det å følge samme mal vil gjøre det lettere å gjenkjenne fellestrekk og mønstre i tjenestemottakeres situasjoner.

Alle brukerne i dette prosjektet har samtykket i å delta i prosjektet. Dette inkluderer også at koordinator gis tillatelse til å delta i veiledning. Taushetsplikten er således ikke til hinder for å snakke om tjenestemottakeren sin i gruppa. Samtidig skal selvfølgelig ingenting som sies om den enkelte tjenestemottaker snakkes om utenfor gruppa.

LITT OM EVALUERINGSHEFTENE

Som en del av prosjektet er det utviklet et evalueringshefte som koordinatorene skal fylle ut etter 3-4 og 10 måneder. Hensikten og detaljer omkring utfyllingen står beskrevet i heftet.
En del koordinatorer føler seg overveldet når de ser heftet, og uttrykker motstand mot å fylle det ut. Det er en viktig oppgave for dere veiledere å støtte koordinatorene i å gjøre dette av mange grunner:

- Heftet sikrer at man snakker med tjenestemottakere og de pårørende om hvordan de opplever tilbudet og hva eventuelt de ønsker skal forbedres. Hvis tjenestemottakeren / de

pårørende ønsker det, kan de gjerne fylle den ut selv. Uansett bør koordinator gi dem en tilbakemelding på det de har svart. Tjenestemottakere og deres representanter i prosjekter gir uttrykk for at de synes det er viktig at dette heftet brukes.

- Heftet gir koordinator tilbakemelding på eget arbeid, og viser hvor hun / han har behov for veiledning.
- Heftet bidrar til å avdekke systemproblemer og dokumenterer resultater av prosjektet.

Lykke til med arbeidet!

Vedlegg:
Forslag til rammer for de fem første veiledningsmøtene.
Litteratur

vedlegg

FORSLAG TIL RAMMER FOR DE FØRSTE VEILEDNINGSMØTENE

1.gang	Velkommen. Presentasjon av gruppemedlemmene Presentasjon av hensikten med veiledningen v/veilederne. Få fram deres forventninger til veiledningen og deres forforståelse/erfaring med arbeidet – rollen og prosessen med individuell plan. Skape enighet om kjøreregler for denne gruppa (grunnlaget for en kontrakt). Registrere deltakere. Lage en liste med navn, adresse og tlf. for senere dokumentasjon på deltakelse. Deltakerne kan gjerne få kopi av denne lista. Bli enige om hva deltakerne skal forberede seg på til neste gang.
2.gang	Kort runde. Noe spesielt som deltakerne ønsker å drøfte ift. sine tjenestemottakere og som kan tas de siste 15-20 minuttene av gruppa? Veiledningskontrakten deles ut og drøftes/godkjennes Drøfting av avtalt forberedelse til denne gangen. Velg tema til neste veiledningsmøte. Diskutere hvordan man kan legge fram tjenestemottaker og bestemme hvem som skal legge fram neste gang? Evt. ta det spesielle gruppa har behov for. Registrere deltakere.
3.gang	Kort runde. Noe spesielt? Koordinator legger fram tjenestemottaker. I starten er det ofte nok at <u>en</u> legger fram. Avtalt tema drøftes. Velg tema som forberedes til neste veiledning. Hvem legger fram neste gang? Registrere deltakere.

AKTUELL LITTERATUR.

Per Lauvås, Gunnar Handal (2000)	*Veiledning og praktisk yrkesteori*. Cappelen forlag.
Kari Killèn (1992)	*Faglig veiledning: et tverrfaglig perspektiv.* Universitetsforlaget.
Susanne Bang, Ken Heap (1999)	*Skjulte ressurser. Om veiledning i grupper.* Universitetsforlaget.
Ken Heap (1998)	*Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere.* Universitetsforlaget.
Hanne Thommesen, Trine Normann og Johans Tveit Sandvin	Individuell plan – et sesam, sesam? Kommuneforlaget
Pedersen OB, Fiskum H, Howatson H, Evenstad AM, Vibe Mde 1998	*Koordinering av psykososialt arbeid (Case management) for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser: opplæring i kommunebaserte tjenester.* Dialog 3: 14 –20.
Helse og omsorgsdepartementet	Forskrift om individuell plan etter helselovginingen og sosialtjenesteloven (des. 2004)
Sosial- og helsedepartementet	Veileder til individuell plan 2001
Helsedepartementet	Forskrift om habilitering og rehabilitering
Hanne Thommesen, Trine Normann og Johans Tveit Sandvin	Om rehabilitering: mot en helhetlig og felles forståelse. Kommuneforlaget

EVALUERINGSHEFTE
Koordinert hjelp til alle som trenger det

Formålet med heftet er å gi koordinator, tjenestemottaker og eventuelt pårørende en felles oversikt over:

1. Tjenestemottakers og eventuelle pårørendes tilfredshet med tjenestetilbudet
2. Framgangen i koordineringsarbeidet

En slik oversikt kan brukes til:

1. Å gi personlig koordinator tilbakemelding om hvor han står i sitt arbeid med tjenestemottaker
2. Å vise hvor koordinator har størst behov for veiledning
3. Å vise mangler i tilbudet til tjenestemottaker og eventuelt pårørende
4. Å dokumentere resultater fra prosjektet

Innholdet i evalueringsheftet
Heftet består av fire deler:

1. Opplysninger om personlig koordinator, tjenestemottaker og dennes nettverk
2. Tjenestemottakers erfaringer med tjenestetilbudet
3. Pårørendes erfaringer med tjenestetilbudet
4. Sjekkliste for arbeidsgangen i oppfølgingen.

Utfylling
Evalueringsheftet skal fylles ut når tjenestemottaker og koordinator er blitt kjent med hverandre. Dette bør normalt skje umiddelbart etter oppstart av veiledningsgruppen. Koordinator har ansvaret for å fylle ut del 1 og 4. Del 2 kan enten fylles ut av tjenestemottaker selv som et spørreskjema eller koordinator kan bruke det som et intervju som koordinator fyller ut. Hvis tjenestemottaker ikke er i stand til å gjennomføre noe av dette, faller del 2 bort. Del 3 fylles ut på samme måte som del 2. Denne delen kan utelates hvis tjenestemottaker ikke har nære pårørende som det er naturlig å samarbeide med.

Veilederne gir koordinatorene veiledning på bruk av heftet og sikrer at disse blir fullstendig utfylt.
Utfyllingen bør gjentas etter ca 5 og 10 måneder for å vurdere hva som er oppnådd og hva som gjenstår i arbeidet med tjenestemottaker.

Hvem skal bruke informasjonen i evalueringsheftet?
Koordinator bruker heftet i sitt arbeid med tjenestemottaker og eventuelt pårørende, samt i veiledningsgruppen. Veilederne gir kopier av heftene til tilrettelegger i kommunen som anonymiserer kopiene og sender dem til GRUK. GRUK bearbeider data fra evalueringsheftene og presenterer disse bl.a. på sluttkonferansen. Denne konferansen holdes ca ett år etter oppstart av veiledningen.

Oppbevaring av evalueringsheftet
Utfylte hefter skal oppbevares i den journalen som personlig koordinator fører i sitt arbeid med tjenestemottaker. Tjenestemottaker skal få kopi av heftet.

DEL 1. OPPLYSNINGER OM KOORDINATOR, TJENESTEMOTTAKER OG DENNES TJENESTENETTVERK

Dato for utfylling:	**Sone:**

OPPLYSNINGER OM TJENESTEMOTTAKER

1. Tjenestemottakers kjønn: Mann ☐ Kvinne☐ 2. Fødselsår: ☐☐☐☐	……

OPPLYSNINGER OM PERSONLIG KOORDINATOR

1. Koordinators navn: ..... 2. Koordinators utdanning Videreutdanning: ……	3. Når startet du å arbeide med tjenestemottaker? (måned/årstall) ☐☐☐☐ 4. Når startet du som koordinator for tjenestemottaker? (måned/årstall) ☐☐☐☐ 5. Hvor mange minutter pr. uke bruker du i gjennomsnitt på koordinatorfunksjonen? (Regn med møter med tjenestemottaker og pårørende og indirekte arbeid som nettverksmøter, telefoner, skrivearbeid m.m. Regn ikke med fagspesifikke oppgaver eller veiledning.) Gjennomsnittlig: ☐☐☐ minutter pr. uke

OPPLYSNINGER OM TJENESTENETTVERKET

1. Tjenestemottaker har følgende **faste** kontakter i kommunale tjenester (Ett eller flere kryss): Primærlege ☐ Hjemmesykepleie ☐ Fysioterapeut ☐ Ergoterapeut ☐ Hjemmehjelp ☐ Sosionom ☐ Annet (spesifiser) ☐	2. Tjenestemottakers **faste** kontakter ved Sykehuset Telemark HF (Ett eller flere kryss): Sykehuslege ☐ Døgnavdeling ☐ Poliklinikk ☐ Kontaktsykepleier ☐ Annet (spesifiser): ☐ ..... 3. Annet: Andre sykehus ☐ Frivillige organisasjoner ☐ Andre…… 4. Er det opprettet ansvarsgruppe:☐ Ja ☐Nei

DEL 2. TJENESTEMOTTAKERS ERFARINGER MED TJENESTETILBUDET

Denne delen handler om forhold som er viktige for tjenestemottakers opplevelse av å ha et godt tilbud. Forholdene dreier seg dels om hvordan tjenestemottaker blir møtt, dels om hvordan oppfølgingen blir gjennomført. Det inneholder noen utsagn om hva man kan oppleve når man har kontakt med offentlige hjelpere. For hvert utsagn skal tjenestemottaker vurdere om det stemmer med sin erfaring.

Dato:

Utfylt av pårørende ☐ Utfylt av koordinator ☐
Utfylt av tjenestemottaker ☐

A: Støtte og respekt fra hjelperne i tjenestemottakerens tjenestetilbud
(Hjelperne er de personene tjenestemottakeren og pårørende har kontakt med i sitt tiltaksnettverk, som for eksempel, primærlege, sosialarbeider, hjemmesykepleier eller sykehuspersonale.)

1.Hjelperne mine er høflige når jeg møter dem.	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
2. Jeg opplever å bli møtt med respekt	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
3. Hjelperne mine tar meg på alvor og viser forståelse for mine problemer	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
4. Jeg opplever at hjelperne er interessert i hvordan jeg har det	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
5. Jeg kan snakke med hjelperne mine om det som bekymrer meg	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området**:** ☐☐ Sum

……

……

B: Kontinuitet og tilgjengelighet

1. Jeg har fått en fast kontaktperson som hjelper meg å planlegge og koordinere tilbudet om tjenester	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
2. Hjelperne mine samarbeider godt med hverandre om det jeg skal ha hjelp til	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
3. Jeg får den hjelpen jeg trenger når jeg trenger den	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
4. Jeg opplever ofte at jeg ofte må bli kjent med nye hjelpere	☐ 2.Stemmer ikke ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer
5. Jeg opplever at det er lite sammenheng i min oppfølging	☐ 2.Stemmer ikke ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området: ☐☐ Sum

.....……..

C: Informasjon

1. Jeg har fått så mye informasjon som jeg ønsker om min tilstand	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
2. Jeg har fått forståelig informasjon og tilbakemeldinger om ulike prøver som er tatt	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
3. Jeg har fått forståelig informasjon om virkninger og bivirkninger av medisiner	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
4. Jeg har fått informasjon om hva jeg selv kan gjøre for å forebygge plager	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
5. Det hender at jeg får motstridende informasjon	☐ 2.Stemmer ikke ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området: ☐☐ Sum

……

……

D: Medvirkning i egen oppfølging

1. Jeg opplever at hjelperne mine tar tid til å lytte til mine tanker og meninger	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
2. Jeg opplever at jeg samarbeider godt med mine hjelpere	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
3. Jeg har snakket med koordinator om hva som er viktig for meg nå og i tiden fremover, slik at jeg kan få det best mulig	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
4. Jeg har en skriftlig plan for oppfølgingen som ivaretar mine viktigste ønsker og mål for tiden fremover	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8.Ikke aktuelt
5. Jeg har en skriftlig plan for hva jeg bør gjøre ved tegn på at min tilstand blir forverret	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8.Ikke aktuelt

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området: ☐☐ Sum

……

……

E: Informasjon til pårørende

1. Jeg har blitt spurt om jeg ønsker at mine pårørende skal involveres i oppfølgingen	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8.Ikke relevant
2. Mine pårørende er informert om tilstanden min av lege	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8 Ikke relevant/vet ikke
3. Mine pårørende har fått informasjon om virkning og bivirkning av mine medisiner	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8 Ikke relevant/vet ikke
4. Mine pårørende har fått informasjon om hva jeg selv og de kan gjøre for å forebygge plager	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8 Ikke relevant/vet ikke
5. Det hender at mine pårørende får motstridende informasjon	☐ 2.Stemmer ikke ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ☐ 8 Ikke relevant/vet ikke

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området: ☐☐ Sum

……

……..

F: Dekning av behov

1. Jeg får den nødvendige helsehjelp til fysiske og psykiske plager når behovet er der	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8 Ikke relevant
2. Jeg får tilstrekkelig hjelp til nødvendig tilrettelegging i hjemmesituasjonen	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8 Ikke relevant
3. Jeg får dekket mine behov for ulike aktiviteter som er viktig for meg	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8 Ikke relevant
4. Jeg får dekket mine behov for kontakt med andre mennesker	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8 Ikke relevant
5. Jeg har den hjelpen jeg trenger i forhold til offentlige stønader	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8 Ikke relevant

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området: ☐☐ Sum

……..

……

Åpne kommentarer fra tjenestemottaker

1. Hvordan opplever du tjenestetilbudet som du mottar?

……
.

……
.

……
-

……
.

……
.

……
.

……

……
.

……

2. Hva synes du vi bør forbedre ?

……
.

……
-

……
.

……
.

……
.

……
-

……
.

……
.

……
-

Kommentar fra koordinator

……
.

……
-

……
.

……
.

……
.

……

DEL 3. PÅRØRENDES ERFARINGER MED TJENESTETILBUDET

Denne delen handler om forhold som er viktige for pårørendes opplevelse av å bli møtt på en god måte av hjelperne i tjenestenettverket rundt tjenestemottaker. Det inneholder noen utsagn om hva man kan oppleve når man har kontakt med offentlige hjelpere. For hvert utsagn skal pårørende vurdere om det stemmer med deres erfaring.

Dato for utfylling:	Utfylt av pårørende ☐ Utfylt av koordinator ☐

A: Støtte og respekt fra hjelperne i tiltaksnettverket
(Hjelperne er de personene tjenestemottaker og pårørende har kontakt med i sitt tiltaksnettverk, som for eksempel, primærlege, sosialarbeider, hjemmesykepleier eller sykehuspersonale.)

1. Hjelperne er høflige når vi møter dem.	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
2. Vi opplever å bli møtt med respekt	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
3. Hjelperne tar oss på alvor og viser interesse for den erfaring vi har som pårørende	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
4. Vi opplever at hjelperne er interessert i hvordan vi har det som pårørende	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
5. Vi kan snakke med hjelperne om det som bekymrer som pårørende	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke

Kommentarer fra pårørende på dette området: ☐☐ Sum

……

……..

B: Kontinuitet og tilgjengelighet

1. Vi har fått en fast kontaktperson i kommunen som planlegger og koordinerer tjenestene	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 9. Ikke aktuelt/vet ikke
2. Hjelperne samarbeider godt med hverandre om tilbudet	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
3. Hjelperne er lett å få tak i når vi trenger dem	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
4. Vi opplever at vi ofte må bli kjent med nye hjelpere	☐ 2.Stemmer ikke ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer
5. Vi opplever oss som kasteballer i systemet	☐ 2.Stemmer ikke ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer

Kommentarer fra pårørende på dette området: ☐☐ Sum

.....

.....

C: Informasjon til pårørende

1. Vi har fått så mye informasjon som vi ønsker om tjenestemottakers tilstand	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
2. Vi har fått forståelig informasjon og tilbakemeldinger om ulike prøver som er tatt	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
3. Vi har fått forståelig informasjon om virkninger og bivirkninger av medisiner som pasienten får	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
4. Vi har fått informasjon om hva pasienten og vi kan gjøre for å forebygge plager	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
5. Det hender at vi får motstridende informasjon	☐ 2.Stemmer ikke ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer

Kommentarer fra pårørende på dette området: ☐☐ Sum

……..

…….

D: Medvirkning

1. Vi opplever at hjelperne tar tid til å lytte til våre tanker og meninger	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
2. Vi opplever at vi samarbeider godt med hjelperne	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
3. Vi har snakket med koordinator om hva som er viktig for oss nå og i tiden fremover for at vi skal få det best mulig	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke
4. Tjenestemottaker har en skriftlig plan for oppfølgingen hvor egne ønsker og mål for tiden fremover er ivaretatt	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8.Ikke aktuelt/vet ikke
5. Vi har en skriftlig plan for hva vi og pasienten selv kan gjøre ved tegn på at tilstanden forverres	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8.Ikke aktuelt/vet ikke

Kommentarer fra pårørende på dette området: ☐☐ Sum

……

……

E: Dekning av behov

1. Tjenestemottaker får den nødvendige helsehjelp til fysiske og psykiske plager når behovet er der	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8.Ikke aktuelt/vet ikke
2. Vi får tilstrekkelig hjelp til nødvendig tilrettelegging i hjemmesituasjonen	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8.Ikke aktuelt/vet ikke
3. Tjenestemottaker får dekket sine behov for ulike aktiviteter som er viktig for han/henne	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8.Ikke aktuelt/vet ikke
4. Tjenestemottaker får dekket sine behov for kontakt med andre mennesker	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8.Ikke aktuelt/vet ikke
5. Tjenestemottaker får den hjelpen han/hun trenger i forhold til offentlige stønader	☐ 2.Stemmer ☐ 1.Stemmer delvis ☐ 0.Stemmer ikke ☐ 8.Ikke aktuelt/vet ikke

Kommentarer fra pårørende på dette området: ☐☐ Sum

.....

.....

Åpne kommentarer fra pårørende

1. Hvordan opplever du tjenestetilbudet?

……
.

……
.

……
-

……
.

……
.

……
.

……

……

2. Hva synes du vi bør forbedre ?

……
.

……
-

……
.

……
.

……
.

DEL 4. SJEKKLISTE FOR ARBEIDSGANGEN I OPPFØLGINGEN

Sjekklisten omfatter faktorer som bør være oppfylt for at koordineringen skal bli vellykket. Listen kan brukes til å undersøke hvordan den grunnleggende arbeidsprosessen er ivaretatt i forhold til den enkelte tjenestemottaker, og som utgangspunkt for veiledningen. For noen tjenestemottakere kan det være aktuelt å fravike sjekklisten. Avviket bør da kunne begrunnes.

Dato for utfylling:

1. ETABLERING AV FORHOLDET TIL TJENESTEMOTTAKERE, PÅRØRENDE OG TILTAKSNETTVERKET				
	Opp-nådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke Oppnådd 0	Kommentar
1. Det er tilrettelagt for at koordinator skal kunne følge tjenestemottaker den tiden det er behov				
2. Koordinator, tjenestemottaker og evt. pårørende har inngått faste avtaler om hvor og når de skal møtes				
3. Koordinators navn og funksjon er kjent for tjenestemottaker, pårørende og faste kontakter i tjenestenettverket				
4. Det er gjort avtale om hvordan tjenestemottaker og evt pårørende kan kontakte koordinator mellom avtalene				
5. Tjenestemottaker har skrevet under samarbeidsavtale med koordinator og fått kopi av denne				
Sum fase 1:				

Kryss av for ”oppnådd” hvis behovet ikke er til stede og bemerk dette i kommentarfeltet.

2. KARTLEGGING AV TJENESTEMOTTAKERS SITUASJON, RESSURSER OG ØNSKER, BEHOV FOR TILTAK OG VALG AV STRATEGI FOR OPPFØLGINGEN				
	Opp-nådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator har oversikt over tjenestemottakers situasjon på sentrale livsområder				
2. Koordinator har oversikt over tjenestemottakers egne ressurser, ønsker og mål på sentrale livsområder				
3. Koordinator har oversikt over tjenestemottakers prioritering av behov for tiltak på sentrale livsområder				
4. Koordinator har oversikt over behov for				

behandlingstiltak og/eller omsorgstiltak				
5. Koordinator har oversikt over eventuelle behov for habiliterings-/rehabiliteringstiltak og/eller rådgivning				
Sum fase 2:				

Kryss av for "oppnådd" hvis behovet ikke er til stede og bemerk dette i kommentarfeltet.

3. PLANLEGGING AV OPPFØLGINGEN				
	Opp-nådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Det er utarbeidet en skriftlig individuell plan for oppfølgingen				
Tjenestemottaker, evt. pårørende og koordinator har samarbeidet om utformingen av planen				
2. Det er utarbeidet en skriftlig plan for tiltak ved tegn på at tilstanden forverres				
3. Tjenestemottaker og pårørende har fått kopi av planene				
4. Relevante samarbeidspartnere har fått kopi av Planen				
Sum fase 3:				

Kryss av for "oppnådd" hvis behovet ikke er til stede og bemerk dette i kommentarfeltet.

4. KOORDINERING AV PLANLAGTE TILTAK				
	Opp-nådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator følger med på om tiltakene gjennomføres etter planen				
Koordinator gir tjenestemottaker støtte til å medvirke i de planlagte tiltakene				
2. Mangler i tilbudet blir identifisert og forsøkt rettet på				
3. Tjenestemottakere som trenger det, har en fungerende nettverksgruppe				
4. Koordinator har kontakt med avdeling og tjenestemottaker ved eventuell innleggelse i sykehus				
Sum fase 4:				

Kryss av for "oppnådd" hvis behovet ikke er til stede og bemerk dette i kommentarfeltet.

5. EVALUERING AV RESULTATER OG JUSTERING AV PLANER				
	Opp-nådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator har avtale med tjenestemottaker og evt. pårørende om når evaluering av oppfølgingen skal gjennomføres				
2. Resultatene av oppfølgingen er vurdert sammen med tjenestemottaker, evt. pårørende og andre aktuelle på avtalte tidspunkter				
3. Tjenestemottaker og evt pårørendes har				

evaluert graden av medvirkning i oppfølgingen				
4. Nødvendige endringer i målsetting og individuell plan gjøres i samarbeid med pasient, evt. pårørende og andre aktuelle.				
5. Koordinator har gjennomført intervjuet om pasientens og pårørendes tilfredshet med oppfølgingen				
Sum fase 5:				

Kryss av for "oppnådd" hvis behovet ikke er til stede og bemerk dette i kommentarfeltet.

Åpne kommentarer fra koordinator

1. Hvordan opplever du å delta i prosjektet?

……
.

……
.

……
-

……
.

……
.

……
.

……

……
.

……

2. Har du forslag til forbedring av opplæringsheftet, oppfølgingsprotokollen eller noe annet? Savner du noe?

……
.

……
-

……
.

……
.

……
.