

# Koordinering av psykososialt arbeid

Erfaringer og resultater fra 8 kommuner og  
lokalpsykiatrien i Indre Østfold

Prosjektnavn:

Koordinering av psykososialt arbeid

Erfaringer og resultater fra 8 kommuner og lokalpsykiatrien  
i Indre Østfold

Oppdragsgiver:

Voksenpsykiatrisk sektor i Østfold fylkeskommune, ved direktør Kåre Høie

Prosjektperiode:

August 2000 – Desember 2001

Prosjektleder / forfatter:

Michael de Vibe

Stiftelsen GRUK

Nedre Hjellegate 1

3724 Skien

Tlf. 35 58 40 40

[firmapost@gruk.no](mailto:firmapost@gruk.no)

Rapporten kan lastes ned fra internett: [www.gruk.no](http://www.gruk.no)

## Forord ved brukerrepresentant Inger Lise Mortensen

Jeg kom med i prosjektet ”Pasienten viser vei” i Mars 2001.

Det at jeg ble med på et senere tidspunkt har på ingen måte virket negativt.

Jeg har hele tiden møtt en inkluderende holdning, og som brukerrepresentant har jeg følt at jeg har blitt hørt og oppmuntret til å ta del i diskusjoner og tørre å utfordre meg selv.

Da jeg ble spurt om å være med var det først som medlem av Fokusgruppen for pasienter, deretter som prosjektmedarbeider.

KPA-modellen var allerede godt i gang og jeg fikk innføring i hva det gikk ut på.

Jeg har ikke selv vært bruker med koordinator, men har snakket med flere av dem som har hatt koordinator, og har fått sterke tilbakemeldinger om betydningen av denne måten å samarbeide på. Jeg kaller det samarbeide med vilje fordi denne modellen gjør at brukeren blir hørt og får være med på å ta beslutninger som gjelder deres egen hverdag. De får mulighet til å se sine egne ressurser og blir oppfordret til å bruke dem. Ved at de skal forholde seg til en person, får de også trygghet på at den personen har tid til dem og at de ikke må fortelle sin historie om og om igjen, noe som ofte skjer når man må forholde seg til stadig nye hjelpere. For min egen del kan jeg si at dette var noe jeg ville ønsket da jeg var sykere enn jeg er nå og måtte bruke krefter på å finne ut hvordan jeg skulle få kontakt med forskjellige instanser. Jeg vil si det så sterkt at KPA-modellen burde innføres i alle kommuner.

Da jeg først ble med var jeg ”livredd” for fagpersoner, men i løpet av den tiden jeg har jobbet i prosjektet har jeg fått oppleve at det faktisk er hyggelige mennesker bak titlene for å si det litt uhøytidelig, og at alle sammen ønsker det samme, nemlig brukerens beste.

Denne måten å dele erfaringer på gjør at man blir kjent over faggrensene, noe som bidrar til at man kan samarbeide bedre for å hjelpe sin bruker.

Jeg har vært med på arbeidskonferanser, seminarer og konferanser innen KPA-modellen.

For hver ny ting jeg har vært med på har selvtilliten blitt litt bedre og jeg har fått være med å bidra på lik linje med ”fagfolka” i form av innlegg og diskusjoner som kunne være ganske engasjerte. Hvis noen hadde sagt til meg da jeg startet at jeg på den siste konferansen skulle stå oppført fire steder på programmet, vil jeg bedt dem om å ringe den ”gule bilen” fordi det hadde ”tørna helt”, men så langt kom jeg. Det sier vel litt om hva prosjektet har gitt meg og flere med meg. På sluttkonferansen hørte vi en bruker av KPA-modellen fortelle en historie, så ikke et øye var tørt, om hva prosjektet hadde betydd for henne.

Det er en tid før og en tid etter prosjektet for flere av oss. Jeg har fått mot til å engasjere meg i Mental Helse og i kjølvannet av prosjektet er vi flere som er i gang med å etablere foreningen i Indre Østfold.

Prosjektet har vist oss hva Brukermedvirkning betyr på mange måter blant annet ved at vi som brukerrepresentanter bokstavelig talt har blitt satt pris på i form av møtegodtgjørelse. Dette gjør at man yter sitt beste, fordi man blir regnet med.

For å gå tilbake til KPA vil jeg til slutt sammenfatte den i et dikt jeg har kalt:

*Veien videre.*

*Jeg må gå selv.*

*Du kan støtte meg hvis jeg snubler.*

*Sammen skal vi finne veien videre.*

## Sammendrag

Som ledd i et toårig samarbeidsprosjekt mellom 8 kommuner i Indre Østfold og lokalpsykiatrien kalt ”*Pasienten viser vei til en bedre psykiatritjeneste*”, ble det besluttet å innføre en ressursbasert case management modell kalt koordinering av psykososialt arbeid (KPA). Målet var å bedre oppfølging av brukere med psykisk funksjonshemming og langvarige og sammensatte hjelpebehov.

41 brukere fikk tildelt hver sin personlig koordinator som skulle følge dem opp i tjenestenettverket. Koordinatorne fikk opplæring og veiledning i modellen gjennom tverrfaglige veiledningsgrupper. Veilederne kom fra lokalpsykiatrien og fikk opplæring i KPA og i metodeveiledning. Veiledningsgruppene møttes 1 1/2 time hver 14. dag i ett år. Her fikk koordinatorne metodeveiledning på oppfølgingen av sin bruker i tråd med et skriftlig handlingsprogram. Som ledd i opplæringen, og for å kvalitetsvurdere arbeidet, lærte koordinatorne å måle sin egen arbeidsprosess og effekten av denne for brukerne.

Hver kommune og lokalpsykiatrien opprettet en tilrettelegger som skulle sikre forankring av KPA i nettverket og sikre at koordinatorne hadde nødvendig legitimitet og rammebetingelser for å gjennomføre arbeidet. Stiftelsen Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (GRUK) var prosjektansvarlig for innføringen, sammen med prosjektleder for ”*Pasienten viser vei*”.

Prosjektet ble gjennomført etter planen. Resultater viser at brukerne får et bedre tilbud og får dekket flere av sine behov. Brukertilfredsheten øker i takt med dette. Mange brukere forteller hvordan systematisk oppfølging med en ansvarlig koordinator førte til store endringer i deres livssituasjon og livskvalitet.

Koordinatorne har lært å arbeide etter KPA modellen, selv om arbeidsprosessen ikke er slutført for alle koordinatører etter 12 måneder. Koordinatorne er godt fornøyd med veiledningen, selv om de ønsker enda større vekt på metodeveiledning. Veilederne opplever å bli bedre kjent med kommunens medarbeidere og forteller at samarbeidet har blitt bedre. De følte seg usikre på modellen og på sin rolle som veiledere i modellen når de startet, og det tok en del måneder før alle var fortrolige med dette. De ønsket seg bedre opplæring i KPA i starten av prosjektet og mer veiledning på sin veiledning underveis.

Tilretteleggere og ledere i kommunene og psykiatrien rapporterer om bedret samarbeid omkring brukerne på tvers av etater i kommunen og mellom 1. og 2 linjen. Psykiatrien og kommunene har bestemt seg for å fortsette med modellen. Det gjenstår en del arbeid før rollen som personlig koordinator og arbeidsbetingelsene for disse er godt forankret i alle deltagende organisasjoner. Prosjektledelsen anbefaler at tilretteleggerne fortsetter sitt arbeid når prosjektet er slutt.

## Innhold

1.0. Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	1
1.2 Målsetting .....	1
2.0. Forutsetninger for god oppfølging av brukerne .....	1
2.1 Egnede fagmodell .....	1
2.2 Opplæring av medarbeidere.....	1
2.3 Organisatorisk forankring og samarbeide mellom første- og andrelinjen.....	2
3.0 Metode .....	2
4.0 Evaluering av prosjektet .....	3
4.1 Evaluering av prosjektorganisering.....	3
4.2 Evaluering av gjennomføring av læringsnettverket .....	3
4.3 Evaluering av tidsbruk.....	5
5.0 Resultater .....	6
5.1 Resultater fra kartleggingsprotokollene .....	6
5.1.1 Koordinatorene .....	6
5.1.2 Problemer hos brukerne.....	7
5.1.3 Veilederne.....	7
5.1.4 Tidsbruk for koordinatorene .....	8
5.1.5 Brukernes nettverk .....	8
5.1.6 Programoppfyllelse .....	8
5.1.7 Behovsdekning.....	9
5.1.8 Brukertilfredshet .....	9
5.1.9 Åpne kommentarer til kartleggingsprotokollen .....	10
5.2 Evaluering av veiledningsgruppene .....	11
5.2 Erfaringer fra veiledere.....	14
6.0 Erfaringer fra kommunene .....	15
6.1 Organisatorisk forankring.....	15
6.2 Valg av brukere og koordinatorene .....	15
6.3 Opplæring av koordinatorene.....	16
6.4 Tilretteleggers rolle .....	16
6.5 Videreføring av KPA.....	16
7.0 Eksempler på erfaringer fra koordinatorene og brukere.....	17
8.0 Konklusjon og anbefalinger .....	19
Referanser .....	20

### Vedlegg

(Utelatt i elektronisk versjon)

1. Kartleggingsprotokoll for personlige koordinatorene
2. Evalueringsskjema for veiledningsgrupper

## 1.0. Innledning

### 1.1 Bakgrunn for prosjektet

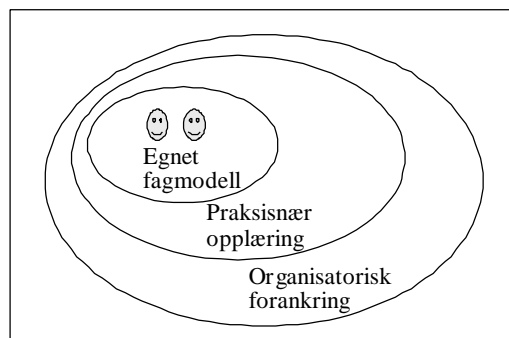
Psykiatrien i indre Østfold skulle omorganiseres med etablering av et distriktpsykiatrisk senter (DPS). Videre forelå et fylkestingsvedtak om et samarbeidsprosjekt for å imøtekomme behovene til brukere som veksler mellom kommunal omsorg og spesialisert behandling. Det ble derfor etablert et toårig samarbeidsprosjekt mellom fylkeskommunen og 8 kommuner i Indre Østfold. Prosjektet het " *Pasienten viser vei til en bedre psykiatritjeneste*". Innføring av KPA har vært ett av 3 delprosjekter. De to andre har bestått av kompetanseheving gjennom fagseminarer, og systemforbedring gjennom intervjuer med brukere, pårørende og fagpersoner. Intervjumaterialet har blitt bearbeidet i fokusgrupper og arbeidskonferanser for å foreslå nødvendige systemforandringer. Denne rapporten omhandler kun innføring av KPA.

### 1.2 Målsetting

Hovedmål har vært å bedre oppfølgingen av brukere med psykiske funksjonshindringer ut fra deres behov og medvirkning. Delmål har vært utprøving av KPA som arbeidsmetode for oppfølging av brukerne.

## 2.0. Forutsetninger for god oppfølging av brukerne

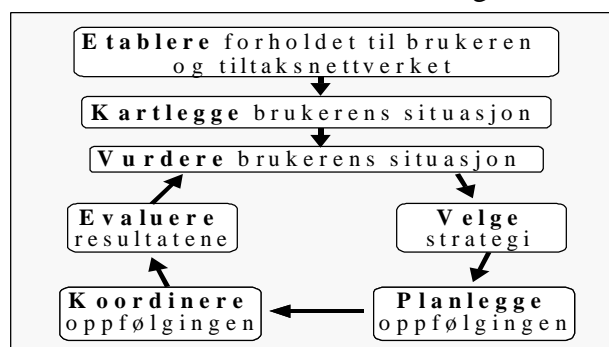
Tre elementer er nødvendig for å bedre oppfølgingen av brukerne; en egnet felles fagmodell, praksisnær opplæring i modellen og organisatorisk forankring av den i hele tjenestenettverket.



Figur 1 Forutsetninger for oppfølging av brukere

### 2.1 Egnet fagmodell

Dersom brukerne ble fulgt opp etter samme metode i hele tjenestenettverket ville situasjon for brukerne endres dramatisk. Slik det er i dag blir brukere fulgt opp forskjellig når de har kontakt med forskjellige tjenester som for eksempel sosialkontor, hjemmesykepleien, DPS og psykiatriske sengeposter. Stiftelsen GRUK har utviklet en ressursbasert case management modell tilpasset norske forhold. Denne kalles koordinering av psykososialt arbeid (KPA) og er beskrevet i et veiledningshefte utgitt av Statens helsetilsyn i 2000 (1). Utgangspunktet for oppfølgingen er at hver bruker får oppnevnt en personlig koordinator i kommunen som skal følge opp brukeren. Arbeidsgangen i oppfølgingen er vist i figur 2. Hvert trinn er nøye beskrevet og det er utarbeidet arbeidsark for å sikre gjennomføringen av hvert trinn.



Figur 2 Arbeidsgangen i koordinering av psykososialt arbeid

## **2.2 Opplæring av medarbeidere**

Utsending av handlingsprogrammer og kurs endrer i liten grad medarbeideres arbeidsmåte. Løpende tilbakemelding på eget arbeid og refleksjon i kollegagrupper gir derimot endringer (2). Opplæring av koordinatorene har derfor skjedd i tverrfaglige veiledningsgrupper med 6-8 deltakere fra forskjellige etater i kommunene. Disse har fått praksisnær opplæring og veiledning i KPA modellen av veiledere fra det lokale DPS. Veiledningen har primært dreid seg om metodeveiledning, men det har også vært gitt psykiatrifaglig veiledning etter behov.

Som et viktig ledd i opplæringen har koordinatorene lært å måle sin egen arbeidsprosess og resultatet av denne for brukeren. Som måleverktøy ble det brukt en evalueringsprotokoll som koordinatorene fylte ut etter to og ti måneders arbeid med brukerne (se Vedlegg 1). Gjennom måling av hvor langt de har kommet i gjennomføringen av KPA (programoppfyllelse), blir det tydelig hvilken del av arbeidsprosessen de trenger å få veiledning på. Forut for oppstart av gruppene hadde veilederne fått opplæring i metodeveiledning, samt innføring i KPA på et todagers opplæringsseminar i før veiledningen startet. De har videre deltatt på dagsseminar med videre opplæring hver 3. måned og fått veiledning på veiledningen mellom seminarne fra tilrettelegger i 2.linjen.

## **2.3 Organisatorisk forankring og samarbeide mellom første- og andrelinjen**

Vellykket innføring av KPA er avhengig av full støtte fra ledere og mellomledere i de deltakende organisasjoner. Det ble derfor opprettet et læringsnettverk bestående av de 8 deltakende kommuner og tilhørende psykiatriske tjenester (DPS). Nøkkelpersoner i læringsnettverket var en tilrettelegger i hver kommune (leder av psykiatritjenesten), og en tilrettelegger i psykiatrien (som samtidig var prosjektleder for hele prosjektet "Pasienten viser vei"). Disse hadde ansvar for å informere egen organisasjon om KPA, sørge for rekruttering av brukere, koordinatorene og veiledere, og sikre at koordinatorene og veiledere fikk nødvendige arbeidsbetingelser for å fylle sine roller. Fra GRUK deltok en prosjektleder (forfatter av denne rapporten) og på en del samlinger var det med en eller to andre medarbeidere fra GRUK. Arbeidsgangen i læringsnettverket er vist i tabell 1.

## **3.0 Metode**

Prosjektet har blitt gjennomført med deltakende observasjon fra GRUKs side, og alle observasjoner og resultater har med en gang blitt tilbakeført til deltakerne i prosjektet. Dette er essensen i aksjonsforskning, der vi fra GRUK er aktive i prosjektet samtidig som vi samler kvantitative og kvalitative data som meldes tilbake til deltakerne i prosjektet.

GRUK samlet inn data fra anonymiserte kopier av evalueringsprotokollene som koordinatorene fylte ut. De målte her sin egen programoppfyllelse og tidsbruk. De intervjuet sine brukere etter to og ti måneder for å kartlegge brukerens nettverk, udekkede behov hos brukeren og brukertilfredshet. I tillegg fylte koordinatorene ut en skriftlig evalueringsprotokoll for vurdering av veiledningsgruppene etter ti måneders veiledning. Dataene ble også brukt av GRUK til å justere det faglige innholdet på samlingene ut fra hvilke læringsbehov deltakerne hadde.

Erfaringsseminarene hver 3. måned gav tilretteleggere og veiledere anledning til å legge fram sine erfaringer og problemer, og til å lære av hverandre. Evalueringen av disse seminarne var entydig positive. Oppmøte var tilnærmet 100 %. Tilbakemeldinger til tilretteleggerne om hvorledes koordinatorene fungerte ble også gitt videre på systemnivå, slik at mellomledere og

ledere kunne handle på disse for å sikre nødvendige rammebetingelser for KPA i tjenestetnettverket.

Data fra prosjektet er derfor både kvalitative gjennom observasjoner, prosjektlogg og referater, og kvantitative gjennom bearbeiding av data fra evalueringsprotokollene og evalueringene av veiledningsgruppene. Dataene vil bli presentert samlet for hele læringsnettverket.

## **4.0 Evaluering av prosjektet**

### **4.1 Evaluering av prosjektorganisering**

Stiftelsen GRUK var ansvarlig for gjennomføring av KPA delprosjektet. De var ansvarlig for det faglige programmet på samlingene i læringsnettverket og for opplæring av tilretteleggere og veiledere. Dette fungerte tilfredsstillende.

Kontakten mellom KPA delprosjektet og styringsgruppen, referansegruppen og prosjektgruppen i "Pasienten viser vei" ble ivaretatt av tilrettelegger i andrelinjen som også var prosjektleder for hele prosjektet "Pasienten viser vei". Dette fungerte godt, men det hadde vært en styrke om også prosjektlederen fra GRUK hadde vært med på noen av styringsgruppemøtene for å styrke forankring av KPA her.

Det ble oppnevnt en tilrettelegger fra hver kommune, og dette var leder for psykiaritjenesten i kommunene. I en kommune sluttet tilrettelegger i prosjektperioden og i en annen kommune startet tilrettelegger på en videreutdanning, noe som vanskeliggjorde avslutning og videreføring av erfaringene fra prosjektet i disse kommunene. Det ville derfor vært en fordel om det hadde vært oppnevnt en vara til tilrettelegger fra starten av, som kunne deltatt på samlingene og sikret kontinuiteten. Det kan også tenkes at det ville vært lurt av tilretteleggerne å opprette en prosjektgruppe / styringsgruppe i kommunen med deltakelse av ledere fra ulike tjenester for å lette informasjon og forankring.

En veiledningsgruppe fikk kun en veileder, og denne ble langtidssykmeldt. Det kom da inn en ny veileder som ikke hadde deltatt på opplæringsseminar for veiledere. Dette viser at man bør satse på to veiledere i hver gruppe i prosjektperioden. Det løste seg imidlertid fordi en veileder i en av de andre gruppene gikk inn sammen med den nye veilederen. Selv om mange av veilederne hadde veilederutdanning, var metodeveiledning og KPA modellen ny for alle, og det er derfor viktig at de er to for å kunne evaluere egen funksjon sammen.

### **4.2 Evaluering av gjennomføring av læringsnettverket**

Tidsplan for KPA var lagt inn i milepelsplanen for totalprosjektet og ble gjennomført stort sett etter planen. Startkonferansene i kommunene skulle vært avholdt i september og oktober, men ble i en kommune først avholdt i slutten av november fordi kommunen var inne i en omorganisering av psykiaritjenesten, og samtidig arbeidet med å få ferdig kommunens psykiatriplan. Av den grunn ble erfaringskonferansene i kommunene utsatt fra august til oktober 2001, slik at veiledningsgruppene som kom sent i gang kunne få tid til å avslutte sin møteserie. Hovedaktivitetene i prosjektet er vist i tabell 1.



Tabell 1 Plan for læringsnettverket

Fase	Måned	Aktivitet	Deltakere
Etablering	Mars 2000	Orienteringsseminar (1 dag)	Ledere i 1. og 2.linjen, brukerrepresentanter
	April 2000	Vedtak om å starte. Oppnevning av tilretteleggere og veiledere	Ledere i 1. og 2.linjen
	April-Juni 00	Orienteringsmøter for tilretteleggere og veiledere	Tilretteleggere i 1. og 2.linjen, og veiledere
	August 2000	Opplæringsseminar (2 dager)	Ledere, tilretteleggere og veiledere
Gjennomføring	Sept-Nov 2000	Startkonferanser i hver kommune (1/2 dag)	Ledere, medarbeidere, bruker- og pårørende-representanter, politikere, berørte instanser som politi, A-etat, trygdekontor, skole, med flere
	Okt 2000	Veiledningsgruppene kommer i gang	Personlige koordinatore og veiledere. Nødvendig praktisk støtte fra tilretteleggere
	Nov 2000	1. erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere
	Febr 2001	2. erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere
	Mai 2001	3. erfaringsseminar (1 dag)	Tilrettelegger og veiledere
Avslutning	Okt 2001	Erfaringskonferanser i hver kommune (1/2 dag)	Ledere, medarbeidere, bruker- og pårørende-representanter, politikere, berørte instanser som politi, A-etat, trygdekontor, skole, m.flere
	Des 2001	Sluttkonferanse (1 dag)	Linjeledere 1. og 2.linje, bruker- og pårørende-representanter, alle tilretteleggere og veiledere

Utenom samlingene har prosjektleder fra GRUK hatt jevnlig kontakt med tilretteleggere i kommunene og DPS. Hovedkontakten har vært til tilrettelegger på DPS, som igjen har hatt hyppig kontakt med tilretteleggere i kommunene og veiledere fra psykiatrien. Prosjektleder fra GRUK har i tillegg deltatt på ett møte i en veiledningsgruppe etter ønske fra veilederne der, og har også deltatt på oppstartskonferansen for hele prosjektet i mai 2000. Erfaringer fra prosjektet ble fremlagt på en nordisk case management konferanse i Stockholm i september 2001 av prosjektleder i GRUK og prosjektleder for ”*Pasienten viser vei*”.

I ettertid ser vi at det kunne vært avholdt flere møter med tilretteleggerne i starten av prosjektet, for å hjelpe dem til å velge brukere og koordinatore som kan profitere mest på deltakelse i prosjektet. Det viste seg at noen koordinatore hadde valgt brukere som hadde lite behov for koordinering. Videre kunne flere formøter ha hjulpet tilretteleggerne med å informere grundigere i egen organisasjon. Dette ville sikret at alle koordinatore hadde legitimitet i systemet, og ryggdekning og rammebetingelser fra egen leder til å gjøre KPA arbeidet.

Videre ville mer tid i forberedelsen ha sikret at alle koordinatorene og brukere var på plass når oppstartskonferansen i kommunen ble avholdt. Dette var ikke tilfelle. Det førte til at noen koordinatorene ikke fikk brukere før det var gått flere måneder, og noen koordinatorene var ikke til stede på oppstartskonferansen og derfor møtte uforberedt til veiledningsgruppene.

Opplæringen av veilederne kunne også vært bedre. Det tok lang tid før alle veiledere var i gang med å veilede på modellen. Dette var nok i stor grad fordi de selv var usikre på modellen. Opplæringen kunne vært lagt opp med mer praksis og mindre teori, og med klarere retningslinjer for innholdet i veiledningen i oppstarten av gruppene. Det ble arrangert noen ekstra møter mellom tilrettelegger fra DPS og veiledere mellom erfaringsseminarene, og dette fungerte som en veiledning på veiledningen. Veilederne uttrykte behov for dette.

Opplæring i bruk av kartleggingsprotokollen kunne også vært bedre, og utfylling av denne førte til en del frustrasjon for veiledere og koordinatorene. En del oppfattet bare protokollen som nødvendig for GRUK og forsto ikke at den var et hjelpemiddel i deres egen læringsprosess.

### **4.3 Evaluering av tidsbruk**

Arbeidet fra GRUK ble utført i tråd med kontrakten og tidsbruken totalt var 810 timer.

Øvrige nøkkelpersoner i læringsnettverket har brukt følgende tidsressurser i løpet av prosjektperioden.

- Tilrettelegger fra DPS har brukt ca 2 dager per uke, men en del av dette har også vært i forhold til andre deler av prosjektet " *Pasienten viser vei*".
- Tilretteleggere i kommunene har brukt ca 1 dag per uke hver.
- Veiledere har brukt ca ½ dag annen hver uke til veiledning, forberedelse og reise, totalt ca 20 dager i prosjektperioden. Videre har de deltatt på samlingene i nettverket og møter med tilrettelegger fra DPS, totalt 6 dager. Gjennom dette arbeidet har de mottatt opplæring og erfaring i metodeveiledning, samt i arbeidsmodellen KPA.
- Koordinatorene har brukt ca 1 time ukentlig sammen med sin bruker. Tid til forberedelse, skrivearbeid og møter med samarbeidspartnere har ikke blitt målt, men liknende prosjekter fra Sverige har vist at det går med ca ½ time i uken til dette (3). I tillegg har de brukt 1 ½ time annen hver uke på veiledning. Total tidsbruk i prosjektet blir derfor ca 80 timer. Den tiden de har brukt sammen med sin bruker, ville mange av koordinatorene brukt uavhengig av prosjektet, da de fleste koordinatorene er medarbeidere som følger opp brukere i sitt vanlige arbeid. Gjennom denne tidsbruken har de mottatt opplæring, veiledning og erfaring i KPA, samt i verktøy for måling av egen arbeidsprosess og for måling av brukertilfredshet.

## 5.0 Resultater

### 5.1 Resultater fra kartleggingsprotokollene

Koordinatorerne fylte ut en protokoll for alle 41 brukere 2 måneder etter oppstart av veiledningsgruppene. Den inneholdt en kartlegging av bruker, koordinator og hjelpenettverk for brukerne, en sjekklister for arbeidsgangen i KPA og et intervju med brukeren om udekkede behov og brukertilfredshet. I tillegg inneholdt den måleverktøy for praktiske og sosiale ferdigheter og for symptomer og atferd. Disse verktøyene kunne koordinatorene fylle ut dersom de ønsket det.

En ny utfylling ble gjentatt 8 måneder senere. Seks koordineringsforløp var da avbrutt. To brukere hadde trukket seg fordi de ikke ønsket en koordinator, og 4 koordinatorene var falt ut; to på grunn av bytte av jobb, en ble langtidssykmeldt og en følte ikke at arbeidssituasjonen tillot ham å være koordinator. Syv protokoller ble ikke fullført; to fordi bruker var innlagt på sykehus, to fordi bruker var for dårlig til å la seg intervju, og 3 protokoller var for dårlig utfylt. Det gjensto da 28 brukere der begge protokollene var ferdig utfylt, og hvor man kunne sammenlikne situasjon etter 2 måneder og 10 måneder.

#### 5.1.1 Koordinatorerne

Det startet 41 koordinatorene som hver hadde ansvar for oppfølging av en bruker. I tillegg var to observatører med for å lære metoden. Yrkesbakgrunn til koordinatorene er vist i tabell 2.

Tabell 2 Yrkesbakgrunn for koordinatorene

Psykiatrisk sykepleier	8
Sykepleier	5
Hjelpepleier	6
Psykiatrisk hjelpepleier	5
osionom/sosialkonsulent	5
Vernepleier/miljøterapeut	3
Barnevernskonsulent	3
Aktivitør/omsorgsarbeider	3
Lærer/daglig leder	3
Sum	41

Koordinatorerne ble valgt fra forskjellige etater i kommunen for å spre kunnskap om KPA, og for sikre at gruppene ble satt sammen tverrfaglig og tverretatlig. Erfaringer fra tidligere læringsnettverk har vist at dette øker læringsutbyttet i gruppene. Det fører også til bedret samarbeid mellom etatene i kommunene. Valget av koordinatorene ble gjort av linjelederne, for å synliggjøre at koordinatorene arbeider på delegasjon fra sin leder, og at lederen er ansvarlig for å legge arbeidsforholdene til rette for koordinatorene.

Selv om mange koordinatorene fulgte opp flere brukere, var de kun personlig koordinator for en bruker som de fikk veiledning på gjennom hele året. Dette ble gjort for å lette opplæring i arbeidsmodellen.

### 5.1.2 Problemer hos brukerne

Brukerne over 18 år med psykisk lidelse og behov for sammensatte og koordinerte tjenester var målgruppen, men en kommune valgte at målgruppen skulle være fra 0 til 30 år. Valget av brukere ble gjort av linjelederne sammen med tilrettelegger i kommunen. Dersom brukeren hadde kontakt med en medarbeider som ønsket å være koordinator, ble denne ofte valgt.

Det var i alt 41 brukere som fikk koordinator, hvorav 20 kvinner og 21 menn. Gjennomsnittsalder var 41 år og de hadde i snitt vært syke i 14 år. Tabell 3 viser oversikt over brukernes hovedproblemer. En del hadde ikke fått noen diagnose, men ut fra opplysninger i evalueringsprotokollene, har GRUK gruppert brukerne i hovedkategorier.

*Tabell 3 Hovedproblemer hos brukerne i indre Østfold*

Manisk depressiv psykose	3
Schizofreni	14
Annen psykose	5
Personlighetsforstyrrelse	5
Angst og/eller depresjon	8
Annet( ADHD/PTSS, demens, atferdsforstyrrelse)	4
Ingen diagnose	2
<b>Sum</b>	<b>41</b>
<b>Tilleggsproblemer</b>	
Rus	9
Somatiske problemer	26

Mange av brukerne har tilleggsproblemer i form av rus og kroniske somatiske sykdommer, noe som forsterker behovet for koordinert oppfølging. Det er viktig å være klar over dette, fordi erfaringer viser at somatiske problemer ofte blir oversett hos de med psykiske lidelser.

### 5.1.3 Veilederne

Det ble startet 6 veiledningsgrupper for de 8 kommunene. To av gruppene var interkommunale. Fem av gruppene startet med to veiledere mens en gruppe hadde en veileder. Veilederne ble hentet fra DPS, både fra sengeavdelinger og poliklinikk. I tillegg var en veileder med fra Veum (3.linje). Totalt var det 13 veiledere med i prosjektperioden, hvorav 11 psykiatriske sykepleiere og to ergoterapeuter. Fem av veilederne hadde godkjent veilederutdanning.

I en gruppe som startet med en veileder, ble denne langtidssykmeldt og en av de andre veilederne tok over gruppen og fikk inn også inn en co-veileder. I en gruppe sluttet en veileder fordi hun byttet jobb, og ble erstattet av ny veileder fra samme arbeidssted. I to kommuner hjalp tilrettelegger i kommunen, som samtidig var koordinator, til med å lede gruppen når veiledere var syke.

Det som kjennetegner metodeveiledning er at hovedfokus i veiledningen er på bruk av KPA-modellen. Når koordinator legger fram sin bruker får han veiledning på hvor han står i sin oppfølging av brukeren, sett i lys av arbeidsmodellen. På denne måten lærer han å bruke arbeidsmodellen som et redskap i sin oppfølging av brukeren.

#### 5.1.4 Tidsbruk for koordinatorene

Den tiden som ble brukt sammen med brukerne etter 2 måneder var i gjennomsnitt 65 minutter, med variasjoner mellom 30 og 150min. Etter 10 måneders oppfølging av brukerne var gjennomsnittlig tidsbruk redusert til 54 minutter. Dette er svært likt det som er funnet i KPA-læringsnettverk på Sunnmøre og i Grenland og i tilsvarende prosjekter i Sverige (3,4).

#### 5.1.5 Brukernes nettverk

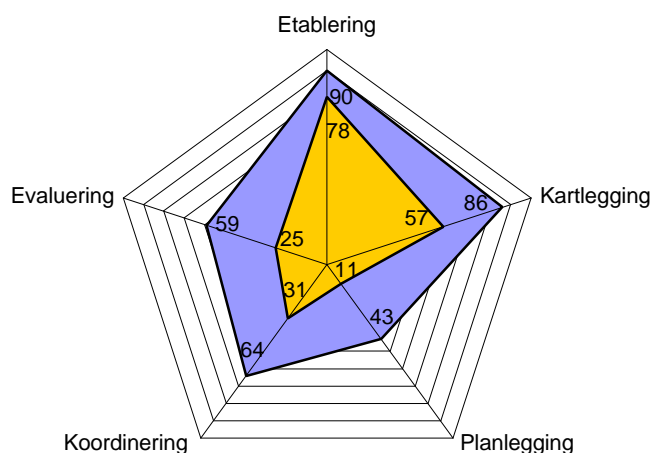
Antall kommunale og fylkeskommunale hjelpere som brukerne hadde kontakt med ved start av veiledningen var 4.7 i snitt (hvorav 0.9 fylkeskommunal), og dette steg til 5.1 i snitt (1.0 fylkeskommunal) etter 10 måneder. Dette viser at man har valgt brukere med et omfattende hjelpebehov og behov for koordinering. Økningen i antall helpere synes rimelig når man skal arbeide for å få på plass tiltak som mangler. Over tid kan det hende at antallet vil kunne synke når brukerne får på plass et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, men dette må undersøkes videre.

Ved start av veiledningen var det 9 brukere som hadde en etablert ansvarsgruppe, og dette steg til 15 etter 10 måneder. I KPA-modellen skal ansvarsgruppe brukes av koordinator og bruker når dette er hensiktsmessig, og den skal alltid være måltrettet og tidsavgrenset. Når mange tiltak skal samordnes og mange tjenesteytere er involvert, kan det være hensiktsmessig å opprette en ansvarsgruppe. Således er det rimelig at antallet stiger i løpet av prosjektperioden.

#### 5.1.6 Programoppfyllelse

Opplæring og veiledning i KPA skal hjelpe koordinatorene i å gjennomføre oppfølgingen av brukerne etter en fastlagt modell. Koordinatorene lærer å måle hvor langt de har kommet i sitt arbeid gjennom å krysse av hvilke elementer i hvert steg av arbeidsprosessen de har gjennomført (helt, delvis eller ikke utført). Dette summeres til en score som gir prosentvis oppfyllelse av hvert hovedledd i arbeidsprosessen.

Figur 3 viser hvordan utviklingen av programoppfyllelse har vært. Det har vært en gjennomsnittlig økning av programoppfyllelse fra 40% til 68%. Økningen har vært størst der utgangspunktet var dårligst; det å skrive skriftlige planer som bruker og samarbeidspartnere har kopi av. Det er allikevel her mest gjenstår, og sammenholdt med erfaringer fra andre læringsnettverk, kan vi nå si at dette er noe som tar tid. Det kan ta to år før



Figur 3. Programoppfyllelse etter 2 og 10 måneders opplæring i KPA.

denne prosessen er slutført. Fra evalueringen av veiledningen (punkt 5.2) ser vi at denne delen av arbeidet oppleves vanskelig av koordinatorene.

### 5.1.7 Behovsdekning

Brukerne ble spurt om hvilke udekkede behov for tjenester de hadde på ulike livsområder etter 2 og 10 måneder. Gjennomsnittet av udekkede behov ble regnet ut. Tabell 4 viser utviklingen av behovsdekning.

Tabell 4 Antall udekkede behov for tiltak etter 2 måneder og 10 måneders oppfølging.

Livsområder	Etter 2 mndr	Etter 10 mndr	Prosent reduksjon
Sosial kontakt, familie, transport	1.86	1.07	43%
Utdanning, arbeid	1.41	0.98	30%
Bolig, ADL	0.87	0.54	38%
Økonomi	0.35	0.33	6%
Somatisk helse	0.55	0.50	10%
Psykisk helse, rus	0.85	0.62	27%
<b>Sum udekket behov i gjennomsnitt per bruker</b>	<b>5.89</b>	<b>4.04</b>	<b>30%</b>

Det er en nedgang i udekkede behov, og nedgangen er størst der behovene var størst. Likevel gjenstår dekning av over to tredjedeler av de behovene brukerne oppgav. Dette understreker både at denne målgruppen har mange udekkede behov og at det tar tid å få dekket behovene. De registrert økonomiske behov er små, og dersom andre behov blir dekket, har det kanskje mindre betydning enn man ofte tror.

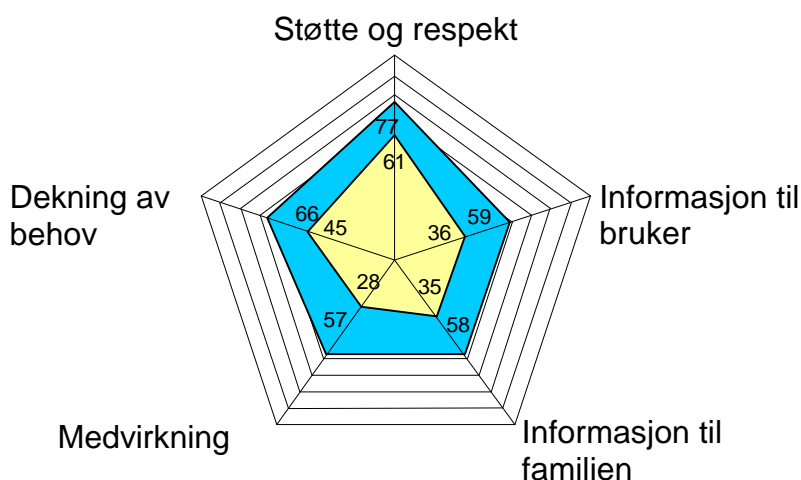
### 5.1.8 Brukertilfredshet

Det er brukerne som kan si om de er fornøyd med oppfølgingen. Brukerne ble intervjuet etter 2 og 10 måneder i forhold til følgende områder:

- Støtte og respekt fra ansatte i tiltaksnettverket
- Informasjon til brukeren
- Informasjon til familien
- Medvirkning
- Dekning av behov

For hvert område ble de spurt om hendelser som vi mener de bør ha opplevd dersom oppfølgingen har vært god (se vedlegg 1). Et eksempel fra området ”Informasjonen til brukeren” var: ”Jeg har blitt spurt om hva jeg ønsker å vite om mine psykiske problemer” På hvert spørsmål kunne de svare stemmer, stemmer delvis eller stemmer ikke. Hvert område hadde fem spørsmål. Figur 4 viser utvikling av brukertilfredsheten.

Figur 4 Brukertilfredshet i prosent etter 2 og 10 måneders oppfølging



Den gjennomsnittlige brukertilfredsheten økte fra 41% til 66% i løpet av disse åtte månedene. Økningen var størst der den var dårligst i starten; i hvilken grad bruker får medvirke i sin egen oppfølging. Brukermedvirkning er sentral i KPA og dette har slått ut i hvordan brukerne opplever oppfølgingen fra koordinator. Fortsatt gjenstår det en del før vi kan si oss fornøyd, og tilfredsheten bør ligge mellom 80-90 %. Både manglende programoppfyllelse og behovsdekning forklarer hvorfor brukertilfredsheten vanskelig kan være optimal, og bekrefter andre undersøkelser som viser at man kan stole på det brukerne sier.

#### 5.1.9 Åpne kommentarer til kartleggingsprotokollen

Flere av delene i protokollen inneholdt rom for kommentarer fra bruker og koordinator. Det var 15 brukere som hadde kommentarer angående hvor fornøyd de var med å ha fått en koordinator. Eksempler på dette er:

- Tryggheten av å bli fulgt opp. Det er første gang i min sykehistorie på 30 år at jeg er blitt tatt alvorlig og fulgt opp på alle måter.
- Sakene blir fulgt opp. Det er kontinuitet i alt som skjer.
- Får hjelp når jeg har behov for det. Det er alltid noen tilgjengelig.
- Jeg er fornøyd med at jeg har en person jeg kan kontakte.

Åtte koordinatorene skriver at utfylling av protokollen og spesielt intervju av brukeren virket bevisstgjørende og fikk fram informasjon som var ny og nyttig for oppfølgingen. Eksempler på dette er:

- Det positive med intervjuet er oppmuntringen til å ta fatt på ulike spørsmål som gjelder brukers livssituasjon. Det gir pekepinn om områder det er aktuelt å jobbe med, spesielt kravet om skriftlige tiltaksplaner som er lett å nedprioritere i en hektisk hverdag.
- Brukeren min ville ikke / klarte ikke å snakke om noen målsetting det første ¾ året, men nå tok hun det opp under intervjuet. Det virker som hun ikke har klart å kalle det målsetting før nå.

Kun fire brukere ønsker ikke å svare på intervjuet, mens tre brukere sier det er vanskelig å svare på spørsmålene. Tre sier de ikke ønsker eller trenger noen plan eller hjelpetiltak.

Eksempler på dette er:

- *Liker dårlig alle inngående spørsmål som går på personlighet, men liker hjelp i det daglige. Ønsker ikke å svare på alt, er ikke motivert for å grave i sykdommen.*

- *Vanskelig å kunne gi et personlig svar på alt. Mye stress forbundet med slike undersøkelser.*

- *Vi har snakket gjennom det meste, men bruker vil ikke se skjemaene.*

Veilederne fortalte om en del vanskeligheter med å få koordinatorene til å intervju sine brukere, men gjennom å trene på intervjuet i rollespill i veiledningsgruppene, ble det lettere. De fleste opplevde at intervjuene ga nyttig informasjon om brukerne og at brukerne selv opplevde det positivt å bli spurt grundig om sin situasjon. Noen brukere ville ikke la seg intervju og dette må aksepteres. Enkelte koordinatorene løste dette ved å memorere spørsmål og flette det inn i samtaler med brukerne.

## **5.2 Evaluering av veiledningsgruppene**

Koordinatorerne fylte ut en skriftlig evaluering av veiledningsgruppene etter 6 og 10 måneder som tilbakemelding til veilederne. 39 av 41 koordinatorene svarte. Spørsmålene var åpne og man kunne angi flere svar. Skjemaene fra evalueringen etter 10 måneder ble samlet inn, kategorisert og systematisert av GRUK. Resultatene ble meldt tilbake til hele læringsnettverket på erfaringskonferansene i kommunene. Svarene er vist nedenfor.

### *1. Hva er det viktigste du har lært om oppfølging av brukerne i veiledningsgruppen?*

- Å arbeide systematisk (20)
- Å samarbeide på tvers av etater og profesjoner (14)
- Å høre på brukerne og ta utgangspunkt i deres behov (12)
- At arbeid med disse brukerne er tidkrevende (7)
- Å tenke helhetlig (6)

Et typisk svar var: *”Å stadig gå tilbake til brukeren, spørre meg selv og andre om hva som er brukerens behov og ønsker og hva brukeren er motivert for.”*

Det er interessant at 12 koordinatorene nevner at det viktigste de har lært er å lytte til brukerne. Det er noe de fleste tjenesteytere ville si at de gjorde uansett. Når man arbeider etter en modell som har brukers mål og behov i sentrum, stimuleres en til å lytte til brukeren på en annen og mer systematisk måte.

### *2. Hva trenger du å lære mer om?*

- KPA-modellen og bruk av den (15)
  - konkretisere brukers mål og behov
  - velge strategi for oppfølgingen
  - skriftliggjøre arbeidet
- Tiltaksnettverket og bruk av det (10)
- Kunnskap om psykiske lidelser (8)
- Motivere brukere som ikke selv vil (3)

En uttrykte seg slik: *”Hvordan kan jeg hjelpe brukeren som har det vanskelig, men som ikke tør/vil gjøre noe med det. Hvordan kan jeg motivere han til å ta imot hjelp.”*



Dette er en ny måte å arbeide på for mange koordinatorene, og det er påkrevet med langvarig metodeveiledning for å lære KPA fullt ut. Dette underbygges av svarene på spørsmål 4, der 13 koordinatorene ønsker seg mer konkret metodisk veiledning.

10 koordinatorene ønsker mer kjennskap til tiltaksnettverket og hvordan det kan brukes. Det underbygger våre erfaringer som viser at selv i små kommuner er det "skott" mellom etatene og liten kultur for samhandling.

### 3. *Hvordan har klimaet i veiledningsgruppen vært med hensyn til læring?*

- Trygt og godt klima (30)
- Stort læringsutbytte (9)
- Godt samarbeid mellom deltagerne (6)
- Ønsker større delaktighet fra alle (3)
- Ønsker større gruppe (2)
- Ønsker å gå mer i dybden (2)

Her er et par typiske svar:

- *Gruppen består av mange forskjellige yrkesgrupper. Alle lærer noe om hvordan vi arbeider. Stor takhøyde i gruppen.*

- *Ser stadig noe nytt i forhold til løsninger og fremgangsmåter.*

Det var mange av koordinatorene i gruppene som ikke kjente hverandre fra før, og det er tydelig at veilederne har greid å skape et trygt klima i gruppene. Dette er en forutsetning for godt læringsutbytte.

### 4. *Hvilke endringer ville du foreslå for å gjøre veiledningen mer nyttig?*

- Mer konkret metodisk veiledning (13)
- Ingen forandringer (9)
- Mer tid til samtale i gruppen (4)
- Mer fokus på nettverket og organisasjonene (3)
- Mer fokus på det psykiatrifaglige (3)
- Mer konkret tilbakemelding på eget arbeid (2)
- Mer fokus på de pårørende (1)

En koordinator skrev: *Utforme mål og tiltak osv, ved å gå direkte til boka og skrive det ned i plenum. Det kan være lettere å vurdere et skriftlig materiale.*

En annen svarte: *Litt mer støtte og aksept fra ledelsen, mer info til kommunens ledelse angående prosjektet for dermed å oppnå større anerkjennelse / forståelse og flyt mellom etatene.*

Kun 3 koordinatorene ønsker mer fokus på det psykiatrifaglige. Dette kan tyde på at koordinatorene i stor grad får dekket sitt behov for psykiatrifaglig veiledning i gruppene. Tilbakemeldinger fra veilederne tyder på at man parallelt med metodeveiledning gir psykiatrifaglig veiledning.

Koordinatorerne ble også spurt hvor vanskelig det var å gjennomføre de enkelte faser i KPA-arbeidsprosessen. Svarene vises i tabell 5.

*Tabell 5 Vanskelighetsgrad i å gjennomføre arbeidsprosessen i KPA (n=39)*

<b>Faser i KPA-arbeidet</b>	<b>Lett</b>	<b>Middels vanskelig</b>	<b>Vanskelig</b>	<b>Ikke utført</b>	<b>Ubesvart</b>
Avklare rolle og ansvar som koordinator	14	21	2	0	2
Utvikle relasjon til brukeren	27	10	1	0	1
Utvikle relasjon til nettverket	18	15	4	0	2
Kartlegge brukerens behov	7	23	7	0	2
Utarbeide mål og strategi for oppfølgingen	2	21	15	0	1
Lage planer for oppfølgingen	3	24	9	2	1
Koordinere tiltak	7	20	5	4	3
Vurdere resultater og justere planer	3	15	10	9	2

Tabellen viser at utvikling av relasjon til bruker vurderes som enklest av trinnene i arbeidsprosessen. Det kan delvis skyldes at mange av koordinatorerne kjente brukeren fra før. Å utvikle relasjonen til nettverket var det heller ikke mange som fant vanskelig.

I alle veiledningsgruppene arbeidet de systematisk med avklaring av rolle og ansvar som koordinator, og dette ble også vektlagt på alle samlinger for veiledere og tilretteleggere. Dette ser ut til å ha gitt resultater, idet kun 2 fant dette vanskelig. Forskning fra England viser at en klar rolle- og ansvarsdeling i tjenestenettverket er en nøkkelfaktor for å lykkes med oppfølgingen av brukerne(5).

Kartlegging av brukers behov for tiltak og tjenester var mer krevende, og utarbeiding av mål og strategi for oppfølgingen var det flest koordinatorene fant vanskelig. Det er uvanlig for mange av brukerne å definere personlige kort- og langsiktige mål, og det er en tidkrevende prosess å hjelpe brukerne med dette. Videre er det utfordrende å sikre at det er brukers egne mål som blir styrende for oppfølgingen. Det er derfor rimelig at denne fasen vurderes som den vanskeligste.

Å lage skriftlige planer for oppfølgingen, som brukeren får kopi av, vurderes også som middels vanskelig eller vanskelig av flertallet av koordinatorene. Denne arbeidsmåten er uvanlig for de fleste koordinatorene, og dette var den arbeidsfasen der programoppfyllelsen var lavest. Det vil kreve ytterligere opplæring og veiledning før dette blir fullstendig gjennomført. Ut fra forskrift om individuelle planer er dette nå en lovpålagt oppgave.

Evaluering av oppfølgingen og justering av planene var det mange som ikke hadde utført, og flertallet som hadde kommet så langt i arbeidsprosessen fant dette middels vanskelig eller vanskelig. Dette samsvarer med at programoppfyllelsen for denne delen av arbeidsprosessen er lav. Selve koordineringsarbeidet, det å få på plass tiltak og tjenester brukeren har behov for, ble vurdert som enklere. Det samsvarer med at programoppfyllelsen for denne del av

arbeidsprosessen var høyere. Noen koordinatorene hadde ikke startet på denne fasen og det understreker at det kan ta lang tid å få en god allianse til bruker og finne ut hva det er bruker ønsker og har behov for. Før dette er gjort vil det være lite hensiktsmessig å iverksette tiltak.

Når koordinatorene ble spurt hva de trengte å lære mer om, var det hyppigste svaret behov for videre opplæring i KPA modellen, spesielt utforming av mål og skriftlige planer for oppfølgingen. Det vanligste svaret på hva som kunne forbedres i opplæringen, var økt fokus på modellen i veiledningsgruppene. Dette tyder på at koordinatorene ser behovet for metodeveiledning og trenger dette for å kunne gjennomføre opplæringen i tråd med programmet.

## **5.2 Erfaringer fra veiledere**

På alle samlinger for veiledere ble det skrevet referater og det følgende er noen synspunkter fra veilederne:

- Starten i gruppene hadde vært vanskelig og de kunne trengt mer opplæring i KPA-modellen før de startet gruppene. Undervisningen i bruk av kartleggingsprotokollen burde blitt koblet tettere til undervisning i KPA-modellen. De etterlyste også mer praktisk undervisning i metodeveiledning.
- Det hadde vært en del frustrasjon i forhold til utfylling av kartleggingsprotokollen og det var viktig å hjelpe veilederne til å introdusere protokollen når gruppa var klar for det. Videre ble det påpekt at det var viktig med varsomhet i bruk av skjemaer sammen med dårlige brukere, og dette måtte det veiledes på i gruppene.
- Veilederne hadde ønsket seg mer veiledning på veiledningen sin mellom erfaringsseminarene. De ble lett sugd inn i faglige diskusjoner i gruppene, særlig i starten, og glemte å sammenholde fremleggene med KPA-modellen.
- Mange av veilederne hadde ikke veilederkompetanse, og utfordringen for disse var ekstra stor. De kunne trengt mer oppfølging enn de hadde fått.
- Arbeidet med rolleforståelse for koordinatorene var sentralt og var mye i fokus i alle gruppene. Det var viktig at dette ble viet stor oppmerksomhet i opplæring av veiledere.

Ut fra tilbakemeldingene fra veilederne innførte vi regelmessige veiledermøter midtveis mellom erfaringsseminarene, for å støtte veilederne. Videre ble det lagt mer vekt på gruppearbeid som fokuserte på å bruke KPA-modellen i veiledningen.

Tilbakemeldingene fra veilederne har ført til at vi har lagt om opplæringsseminaret i metodeveiledning, med mindre vekt på teori og mer praktisk trening for å bli bedre kjent med KPA-modellen, og hvordan den kan brukes aktivt i veiledningen. Vi har også kuttet vesentlig ned på evalueringsprotokollen og forenklet denne. Noen veiledere brukte tid sammen til å forberede seg til veiledningen og tid etter veiledningen til oppsummere denne, og dette virket nødvendig og nyttig og ble anbefalt overfor alle.

## **6.0 Erfaringer fra kommunene**

Erfaringene vil bli framstilt samlet for de 8 kommunene som var med. Kunnskap om innføringsprosessen i hver kommune og erfaringene med KPA kom gjennom tilretteleggerne i kommunene og fra oppstart- og erfaringskonferansene som ble avholdt i hver kommune.

### **6.1 Organisatorisk forankring**

En viktig oppgave for tilretteleggerne var å sikre støtte fra ledere og mellomledere for prosjektet. De ble oppfordret til å gi skriftlig og muntlig informasjon til lederne, og tilretteleggerne fikk maler for egnede informasjonsskriv fra GRUK. Aktiviteten hos tilretteleggerne var forskjellig, og dette så ut til å ha betydning for forankringsprosessen. Noen tilretteleggere etterlyste en samling for ledelsen i kommunen halvveis i prosjektet for å styrke forankringen, og dette ble gjennomført i en kommune med godt resultat.

Forankring var også avhengig av hvor mange andre prosjekter som var i gang i samme tidsperiode. I en kommune var i avslutningsfasen av arbeidet med psykiatriplanen, og drev samtidig planlegging av bo-felleskap for personer i målgruppen. De valgte derfor å utsette oppstart av gruppe i to måneder etter de andre kommunene, men fulgte ellers gjennomføringen av prosjektet

Støtte fra ledere og mellomledere var avgjørende for at koordinatorene skulle få legitimitet i kommunen og få nødvendige arbeidsbetingelser for å gjennomføre oppfølgingen. Noen steder manglet dette. En koordinator fra et sosialkontor sluttet etter en tid fordi han følte at arbeidsformen ikke var forenlig med slik de arbeidet på sosialkontoret (de drev ikke oppsøkende arbeid). To koordinatorene trakk seg fordi de arbeidet turnus og veiledningen ofte falt på en fridag, og dette ble det ikke kompensert for. En gruppe, der flere opplevde manglende støtte fra sine mellomledere, skrev brev til Helse- og sosialsjefen om støtte for å bruke tid på KPA arbeidet, og dette ble gitt.

I flere kommuner ble det uttrykt at det var vanskelig å tilpasse dette arbeidet for de som arbeider i turnus i hjemmetjenester. Selv om de hadde klarering av sin leder, følte de ofte dårlig samvittighet for å forlate kollegaer som måtte gjøre deres oppgaver når de deltok på veiledning eller arbeidet med sin bruker. Dette er en uvant arbeidsmåte for hjemmetjenestene og det var nødvendig med mye informasjon til disse tjenestene for å oppnå nødvendig aksept og forståelse her.

Ellers opplevde flere kommuner at samarbeidet med psykiatrien var langt bedre, og det ble understreket som viktig fra tilretteleggerne og veiledere at kommuner og psykiatrien var likeverdige parter i samarbeidet om brukerne.

### **6.2 Valg av brukere og koordinatore**

Brukere og koordinatore ble valgt ut av mellomledere i samarbeid med tilretteleggerne. De fleste kommuner valgte først koordinatore for å få med deltakere fra forskjellige etater i kommunen. Disse fikk ofte en bruker som de allerede hadde en naturlig kontakt med i kraft av sin fagjobb. De fleste koordinatore hadde derfor fagspesifikke roller og oppgaver overfor brukeren i tillegg til koordinatorrollen. Det var sjelden problematisk, men en koordinator som samtidig var leder for en vernet bedrift, følte det var vanskelig å skille rollen som arbeidsleder fra rollen som koordinator. Han sa også at bruker lett oppfattet ham som sin behandler, og han var derfor usikker på han burde fortsette som koordinator.

Veiledningsgruppene hadde fra 5-9 medlemmer, og i den minste gruppen gav både koordinatorene og veiledere uttrykk for at de hadde ønsket å være flere. Det ble lagt stor vekt på tverrfaglighet i gruppene for å sikre et best mulig læringsmiljø, og samtidig sikre tverretattlig samarbeid og gjensidig informasjonsutveksling. En gruppe som etter frafall kun besto av deltagere fra pleie og omsorg, gav uttrykk for at det kunne vært større tverrfaglighet i gruppens sammensetning og at de savnet sosialkontorets deltagelse. Tilsvarende savn ble uttrykt i en gruppe der hjemmetjenestene manglet.

Syv kommuner valgte som målgruppe personer over 18 år. En kommune hadde lenge arbeidet med forebyggende arbeid for barn og unge, og de valgte barn og unge opp til 30 år som målgruppe for KPA. Dette var en utfordring fordi KPA arbeidsheftet ikke er skrevet for denne målgruppen. GRUK var med i et tidlig møte i veiledningsgruppen for å klargjøre hvordan modellen kunne brukes for barn og unge. Dette gikk bra, men gruppa opplevde at en del spørsmål i evalueringsprotokollen og noen av arbeidsarkene i heftet ikke var godt tilpasset målgruppen. Det var også en utfordring å være koordinator for et barn eller en ungdom, hvor pårørende måtte skrive under samtykkeerklæringen for brukeren.

To veiledningsgrupper var tverrkommunale og dette ble vurdert som positivt, fordi kommunene gjorde mange ting forskjellig og kunne lære av hverandre.

En gruppe hadde veiledere både fra DPS og sentralsykehus (Veum) og dette var gruppen svært fornøyd med.

### **6.3 Opplæring av koordinatorene**

Koordinatorerne hadde ønsket at KPA-modellen hadde blitt grundigere gjennomgått i starten av gruppa, og i nye nettverk har vi nå lagt inn et startseminar for koordinatorene for å gi dem en felles samlet opplæring i hovedtrekkene i modellen.

Koordinatorerne gav uttrykk for at de kunne hatt lenger tid i prosjektet for å fullføre oppfølgingen etter arbeidsmodellen, og gruppene ønsket å fortsatte arbeidet etter prosjektets slutt.

### **6.4 Tilretteleggers rolle**

I alle kommunene deltok tilrettelegger på møtene, og i syv kommuner var hun også koordinator for egen bruker. Tilretteleggers rolle er avgjørende for å lykkes i arbeidet. En tilrettelegger sluttet i stillingen sin, og det lyktes ikke virksomhetslederen å skaffe ny tilrettelegger før forrige tilretteleggers stilling ble besatt. Dette var rett før erfaringskonferansen skulle holdes, og var medvirkende til at oppslutningen på erfaringskonferansen var lav.

### **6.5 Videreføring av KPA**

Erfaringene i alle kommunene var gode og de ønsket å videreføre modellen, og eventuelt prøve den ut for andre grupper som trengte koordinert oppfølging. En liten kommune ønsket en veiledningsgruppe i kommunen for alle trengte individuell plan. En annen ønsket eventuelt å bruke den overfor ungdom med rus- og psykiske problemer, mens en kommune ønsket en interkommunal gruppe for brukere av barnevern.

Det følgende, lille eksempelet viser nytten av at mange kommuner sammen innfører modellen: En bruker flyttet til en annen kommune i prosjektområdet. Koordinator fulgte med og overførte gradvis ansvaret til en koordinator i den nye kommunen.

## 7.0 Eksempler på erfaringer fra koordinatorene og brukere

På erfaringskonferansene i kommunene fortalte brukere og koordinatorene om sine erfaringer. Noen av disse gjengis her summarisk.

- Koordinator (psykiatrisk hjelpepleier ved dagsenter) og bruker fortalte:

Bruker var for ett år siden kun i sitt hjem, turde ikke gå ut, ikke kjøre bil, ikke ta telefon. Hun hadde vært slik det siste året. Koordinator og bruker hadde sammen gått gjennom KPA-heftet og bruker hadde fått det med hjem og lest det. Hun hadde fått et annet syn på seg selv, og oppdaget at det kanskje var muligheter for henne til å bli bedre. Hun fremhevet betydningen av at hun nå hadde en person i kommunen som hun kunne kontakte, og som hadde ansvaret for hennes oppfølging. Koordinator og bruker hadde sammen satt mål, og koordinator fortalte at hun hadde lært å høre på brukeren og ta utgangspunkt i hva det var hun ønsket. Bruker fortalte hvordan målene hadde endret seg underveis i oppfølgingen og hvordan hun i løpet av dette året hadde gradvis kommet i aktivitet igjen. Hun deltok nå på dagsenter, brukte igjen telefon, gikk i butikk og hadde også gjenopptatt bilkjøring. Hun fortalte at hun nå hadde vært på flere offentlige kontorer, noe hun før ikke våget, og at hun hadde opplevd å bli svært godt mottatt.

- Koordinator (sykepleier i hjemmetjenesten) for bruker som skulle tilbakeføres fra psykiatrisk sykehus til kommunen fortalte:

De kjente ikke hverandre når koordinator ble utnevnt. Koordinator opplevde det tidkrevende i starten og brukte en del fritid for å sette seg inn i modellen. Han arbeidet i turnus og opplevde at de andre på arbeidssstedet ikke var inneforstått med hva han brukte tiden til. Han mente at mer informasjon til mellomledere og arbeidskollegaer ville gjort det lettere for ham å være koordinator.

Gjennom arbeidet hadde han fått bedre kontakt med andre etater i kommunen og med 2.linjen. Koordinator opplevde det positivt at han fikk lov til å involvere seg i tiltaksnettverket som brukers talsmann. Han fant det givende å kunne sette av tid til å følge opp en bruker ordentlig og dette var en uvant arbeidsmåte i hjemmetjenestene. Han hadde regelmessige møter med bruker og ansvarsgruppe, og bruker har vært med hele veien. Sammen hadde de satt mål om at bruker skulle greie seg utenfor sykehuset. Nå var dette oppnådd, og bruker hadde selv endret mål til å ville komme i arbeid igjen. Bruker opplevde å ha fått et bedre tilbud, og syntes det var flott å ha en person å forholde seg til. Han hadde fått bedre forhold til sin familie og skulle nå for første gang på besøk til sin mor. Det siste året har han hatt planlagte avlastningsinnleggelser i høytidene, samt en kortvarig innleggelse som resultat av gjennomføring av kriseplan når det oppsto signaler om dårlig fungering.

- Koordinator (aktivitør ved dagsenter) for en bruker som skulle flytte ut av psykiatrisk sykehus fortalte følgende:

Arbeidet som koordinator har lært meg å arbeide systematisk og jeg har opplevd hvor viktig det har vært med en plan for oppfølgingen. Det at oppfølgingen er beskrevet i heftet, gjør det lettere for andre i systemet å forstå hva jeg skal gjøre som koordinator. Modellen sikrer at man fyller hull i oppfølgingen og at tilfeldighetene ikke rår. Det er viktig at de andre i nettverket henviser til koordinator slik at ikke mange gjør det samme. Jeg har lært å kjenne nettverket og følt at veiledningen fra fagperson har vært uvurderlig. Opplever at bruker føler seg tryggere ved å ha en person å forholde seg til og ved å ha faste avtaler for oppfølging. Bruker hadde som mål å greie seg i egen leilighet, men har nå fått mål om å komme seg i arbeid og har begynt i arbeidstrening på vanlig arbeidsplass.

## 8.0 Konklusjon og anbefalinger

Innføring av KPA modellen i 8 kommuner i indre Østfold er gjennomført etter planen. Erfaringer fra alle kommunene og psykiatrien er positive. DPS har vedtatt å gi fortsatt veiledning i modellen når kommunene har koordinatorene med behov for veiledning. De fleste kommuner har allerede sagt at de ønsker å videreføre modellen. Kontrakt for dette er under utarbeiding.

Evaluering av prosjektet viser at brukerne får et bedret tjenestetilbud og får dekket flere av sine behov. Deres tilfredshet med oppfølgingen øker og på erfaringsseminarene kom det fram sterke meddelelser fra brukere om betydningen av å ha en person i tiltaksnettverket å forholde seg til.

Medarbeiderne har økt sin oppfyllelse av programmet i prosjektperioden, men det gjenstår en del før alle har fullført oppfølgingen i tråd med KPA modellen. Det er særlig utarbeidelsen av skriftlig målsetting for brukeren, og ferdigstillingen av skriftlige planer som bruker og tiltaksnettverk får kopi av som gjenstår. Mange koordinatorene bekrefter at god oppfølging av denne brukergruppen tar tid, og at man ikke kan gå fortere fram enn det brukeren klarer.

Medarbeiderne opplever modellen som en god støtte i sitt arbeid, men det gjenstår fortsatt en del arbeid i kommunene og psykiatrien før full legitimitet for koordinatorene er oppnådd, og de får den støtte de trenger i egen organisasjon for å utføre arbeidet. Koordinatorene uttrykker betydningen av veiledning fra 2.linjen og vurderer dette som helt nødvendig for å kunne lykkes i denne type arbeid.

Veilederne var ukjent med arbeidsmodellen og med metodeveiledning, men har gjennomført veiledningen på en god måte. Evaluering av veiledningen viser at koordinatorene er svært fornøyd, og de ønsker enda mer fokus på KPA-modellen i veiledningen.

Tilretteleggerne har gjort en stor jobb i egne organisasjoner, og det gjelder i særlig grad tilrettelegger i 2.linjen som på en fremragende måte har utført sin rolle i prosjektet. Skal KPA videreføres, vil det være nødvendig å opprettholde tilretteleggerfunksjonen i deltagende organisasjoner. Det er nødvendig at noen har fokus på dette arbeidet og gjeter den videre prosessen, dersom den skal kunne utvikle seg i tråd med de behov brukere og tjenestenettverk har. Det vil også være nødvendig for tilretteleggere i kommunene å utarbeide rutiner for hvordan man tar vare på brukere som mister sin koordinator, hva man gjør overfor nye brukere som ønsker en koordinator, og hvilken opplæring nye koordinatorene skal få når de starter opp i eksisterende veiledningsgrupper.

Veilederne trenger også oppfølging, og dette vil være en viktig oppgave for tilrettelegger i 2.linjen framover. Etablering av et forum for tilretteleggere og veiledere, som kan møtes for gjensidig støtte, faglig påfyll og erfaringsutveksling har vært prøvet med godt hell i andre områder av landet.

Lederne som var tilstede på oppstart- og erfaringskonferanser, uttrykte god støtte til prosjektet. Vi ser at denne støtten også er avgjørende framover om man skal lykkes i videreføringen. Kvalitet på de tjenestene som brukerne mottar er et lederansvar og der hvor dette utøves, inspireres medarbeidere til å yte sitt beste. Det blir også viktig for lederne å avklare hvordan sentralsykehusavdelinger skal forholde seg i forhold til KPA og hvordan det arbeid som skjer inne på avdelingene kan samordnes med den oppfølging brukerne får ute i



kommunene. Det vil også være en fordel om erfaringene med KPA modellen overføres til alle brukere i kommunen som trenger en individuell plan. Først når alle brukere med tilsvarende behov blir møtt på samme måte i hele tiltaksnettverket, vil vi lykkes i å gi helhetlig og koordinert oppfølging.

Vi fra GRUK har opplevd det som et privilegium å få delta i dette prosjektet, og har lært mye av å møte engasjerte mennesker som har gjort dette prosjektet mulig. Det har gitt oss økt tro på at dette arbeidet kan være et svar på hvordan forskrift og veileder om individuelle planer kan virkeliggjøres for brukerne.

## Referanser

1. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Statens helsetilsyn, Oslo, 2000
2. Schön DA. Educating the reflective practitioner; towards a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
3. Personlig ombud for psykisk funksjonshindrede personer. Stockholm; Sosialstyrelsen, Psykiatrioppfølgingen 1999:3
4. Pedersen OB, Fiskum H, Howatson H, Evenstad AM, Vibe MF de. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser: Opplæring i kommunebaserte tjenester. Dialog 1998;3:14-20
5. Onyett S. Making community mental health teams work. London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 1995