

Koordinering av psykososialt arbeid

Erfaringer og resultater fra Sinsen DPS
og bydelene Helsfyr-Sinsen, Bjerke og
Grefsen-Kjelsås

Prosjektnavn:

Innføring av koordinering av psykososialt arbeid (KPA) i
Sinsen DPS og bydelene Helsfyr-Sinsen, Bjerke og Grefsen-Kjelsås.

Prosjektperiode:

April 2002 – november 2003.

Prosjektleder og ansvarlig for prosjektrapporten: Helga Karlsen

Prosjektmedarbeider Eli Ådnøy

Stiftelsen GRUK

Nedre Hjellegate 1

3724 Skien

Tlf. 35 58 40 40

firmapost@gruk.no

Rapporten kan lastes ned fra internett: www.gruk.no.

Forord

Prosjektet som beskrives i denne rapporten har sprunget ut av et engasjement ved Sinsen DPS og bydelene Helsfyr-Sinsen, Bjerke og Grefsen-Kjelsås. Engasjementet har rettet seg mot en gruppe mennesker som lever "vanskelige liv", mennesker med sammensatte problemer og behov for støtte og oppfølging fra det offentlige tjenestesystemet. Prosjektet ble satt i gang for å kunne møte denne gruppen med gode, sammenhengende tjenester, levert på en måte som ivaretar det enkelte menneskets grunnleggende rett til å styre sitt eget liv.

Vi har hatt gleden av å følge dette prosjektet gjennom 18 måneder. Vi har fått lov til å se medarbeidere som har tatt vare på ønsket om å møte brukerne med respekt og gode tjenester, tvers gjennom store strukturendringer og omorganiseringer. Den ekstra innsatsen som prosjektet har krevd av deltakerne har blitt ytt. Dette gjør oss ydmyke. Det gleder oss å se at tjenesteytere ønsker å oppfylle intensjonen om økt brukerstyring og tilpasning av tjenestene som kommer fram i de nye helselovene og i forskriften om individuell plan.

Et dikt av Arild Nyquist har blitt en gjennomgangsmelodi i prosjektet. Det heter *Ugledikt III*, og vi lar det tale for seg selv:

*Hallo, langt der inne i skogen?
Er du der, langt der inne i skogen?
Gjemmer du deg, langt, langt der inne i skogen og ikke vil komme ut?
Kom ut da vel, du som gjemmer deg langt, langt inne i skogen og ikke vil komme ut.
Jeg vil så gjerne hilse på deg, og bli kjent med deg, og snakke med deg -
og så kan du hilse på meg, og snakke med meg, og bli kjent med meg du også.
Jeg synes det er dumt at du gjemmer deg langt der inne i skogen og ikke kan se meg,
og at jeg står her ute på veien og ikke kan se deg-
for hvis vi ikke kan se hverandre, og snakke med hverandre,
tenker vi kanskje stygge tanker om hverandre-
du tror at jeg er en tyv, og jeg tror at du er en tyv,
og du tror at jeg er stor og stygg og sterk og vil slå deg, og jeg tror at du er stor og stygg og sterk og vil slå meg,
og du tenker at jeg spytter på deg og jeg tenker at du spytter på meg-
og slik står vi langt, langt fra hverandre og tenker
dumme, stygge ting om hverandre.
Derfor roper jeg på deg nå, så høyt jeg bare kan: Kom ut av skogen, da!
Kom ut og hils på meg da!
...Vil du ikke sier du? Tør du ikke sier du?
Vil du at jeg skal komme inn til deg i stedet?
Ja, da kommer jeg da. Nå kommer jeg....*

Vi takker for følget i disse månedene, og ønsker lykke til videre med det viktige arbeidet som er påbegynt!

Eli Ådnøy og Helga Karlsen,
Stiftelsen GRUK.

Sammendrag

Sinsen DPS og bydelene Helsefyr-Sinsen, Bjerke og Grefsen-Kjelsås vedtok våren 2002 å starte et felles opplæringsprosjekt for å innføre arbeidsmodellen KPA (Koordinering av Psykososialt Arbeid) som verktøy i arbeidet med å utvikle individuelle planer. Modellen er anbefalt av Helsetilsynet og har vært utprøvd i en rekke DPS-områder med tilhørende kommuner/bydeler.

Hovedmålet i prosjektet var å bedre oppfølgingen av brukere med psykiske lidelser og sammensatte tjenestebehov. Prosjektperioden var beregnet til ca. 18 måneder, forarbeid og etablering av prosjektstrukturen inkludert.

En ledergruppe bestående av bydelsdirektørene, bydelsoverlegene og overlegen ved Sinsen DPS dannet prosjektets styringsgruppe. Ledelsen i hver bydel og ved Sinsen DPS utnevnte en eller to lokale prosjektkoordinatører, i prosjektet kalt *tilretteleggere*. Disse skulle bidra til å forankre KPA i egen organisasjon og sikre at koordinatorene og veilederne hadde nødvendig legitimitet og rammebetingelser for å gjennomføre arbeidet. Stiftelsen GRUK (Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten) ved prosjektleder Helga Karlsen og prosjektmedarbeider Eli Ådnøy har ledet prosjektet.

28 brukere i bydelene fikk tildelt hver sin *personlige koordinator* fra bydelens tjenesteapparat. Koordinatorene fikk opplæring og veiledning i KPA-modellen gjennom å delta i tverrfaglige veiledningsgrupper. Gruppene møttes 1 1/2 time hver 14. dag i ett år. Som et ledd i opplæringen, og for å evaluere det samlede arbeidet med KPA-modellen, lærte koordinatorene å måle både sin egen arbeidsprosess og brukernes tilfredshet med oppfølgingen. Veilederne kom fra to enheter ved Sinsen DPS og fra Gaustad sykehus.

Koordinatorene har arbeidet med å ta i bruk KPA modellen i samarbeid med hver sin bruker gjennom hele prosjektperioden. Mange av koordinatorene opplevde at modellen har ført til at brukeren står mer i sentrum for arbeidet, og at tjenestene har blitt mer sammenhengende. Opplæringsprosjektet har startet en prosess, og koordinatorene har fortsatt behov for støtte og veiledning for at modellen skal bli en del av det daglige arbeidet. Koordinatorene var godt fornøyd med veiledningen og ønsker at denne skal fortsette. Veilederne følte seg i starten usikre på modellen, og på sin rolle som veiledere i KPA. Det tok tid før alle ble fortrolige med arbeidsmodellen og denne formen for veiledning. For øvrig opplevde veilederne å bli bedre kjent med bydelens medarbeidere og deres arbeid.

Prosjektet ble gjennomført etter planen. Resultatene viser at brukerne har fått et mer tilpasset tilbud og får gradvis dekket flere av sine behov. Brukertilfredsheten øker i takt med dette. Brukere forteller hvordan systematisk oppfølging fra en ansvarlig koordinator, basert på egne mål og behov, har ført til endringer i livssituasjon og livskvalitet.

Tilretteleggerne og veilederne rapporterte om bedret samarbeid omkring brukerne på tvers av etater i bydelene og mellom forvaltningsnivåene. Sinsen DPS og bydelene ønsker å fortsette med modellen. Prosessen med å avklare koordinatorrollen må føres videre. Det er også behov for å arbeide videre med forankring av KPA-arbeidet i de deltakende organisasjonenes daglige arbeid. Det er avgjørende viktig at lederne aktivt støtter videreføring av KPA arbeidet. Dette kan bl.a. konkret gjøres ved å fortsatt opprettholde en tilretteleggerfunksjon for KPA-arbeidet.

Innhold

1.0. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	6
1.2 SAMARBEIDSPARTENE I PROSJEKTET	6
1.2.1 <i>Sinsen DPS</i>	6
1.2.2 <i>Bydelene</i>	7
1.2.3 <i>Stiftelsen GRUK</i>	7
1.3 MÅLSETTING FOR PROSJEKTET	7
2.0 KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID (KPA)	8
2.1 BAKGRUNN	8
2.2 FORMÅLET MED KPA	8
2.3 SENTRALE ELEMENT I KPA	8
2.3.1 <i>En felles arbeidsmodell</i>	9
2.3.2 <i>Praksisnær opplæring</i>	9
2.3.3 <i>Organisatorisk forankring</i>	10
2.4 ORGANISERING AV OPPLÆRINGSPROSJEKTENE.....	10
2.4.1 <i>Læringsnettverket</i>	11
2.5 EVALUERING AV OPPLÆRINGSPROSJEKTENE	11
2.5.1 <i>Evalueringsverktøyene</i>	12
3.0 GJENNOMFØRING AV KPA-PROSJEKTET VED SINSEN DPS	13
3.1 ETABLERING AV LÆRINGSNETTVERKET	13
3.2 GJENNOMFØRING AV AKTIVITETSPLANEN	13
3.3 TIDSBRUK	16
4.0 RESULTATER	17
4.1 EVALUERINGSPROTOKOLLENE	17
4.1.1 <i>Datagrunnlaget</i>	17
4.1.2 <i>Brukerne. Bakgrunnsopplysninger og hovedproblem</i>	18
4.1.3 <i>Koordinatorerne og deres yrkesbakgrunn</i>	19
4.1.4 <i>Brukernes tjenestenettverk</i>	19
4.1.5 <i>Koordinatorenes tidsbruk</i>	20
4.1.6 <i>Dekning av brukernes tjenestebehov</i>	20
4.1.7 <i>Brukertilfredshet</i>	21
4.1.8 <i>Koordinatorenes programoppfyllelse</i>	21
4.2 EVALUERING AV VEILEDNINGSGRUPPENE	22
5.0 ERFARINGER FRA BYDELENE	26
5.1 ERFARINGER FRA TILRETTELEGGGERNE I BYDELENE.....	26
5.2 ERFARINGER FRA BRUKERE OG KOORDINATORER	28
6.0 ERFARINGER FRA SINSEN DPS	30
6.1 ERFARINGER FRA VEILEDNINGEN	30
7.0 VIDEREFØRING AV ERFARINGENE FRA KPA-PROSJEKTET	32
8.0 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	33
REFERANSER	35
VEDLEGG	35

1.0. Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Høsten 2001 tok Sinsen DPS et initiativ overfor alle bydeler og distriktpspsykiatriske sentre (DPS) i Aker sektor. Utgangspunktet for initiativet var Forskrift om individuell plan, som trådte i kraft 1. juli 2001 og som utdyper bestemmelsene i de nye helselovene om rett til et samordnet og individuelt tilpasset tjenestetilbud for brukere med sammensatte tjenestebehov.

Iverksetting av forskriften medførte utfordringer både for førstelinjen og for spesialisthelsetjenesten. Målet med initiativet var å sette i gang et felles opplæringsprosjekt for å systematisere og samordne sektorens arbeid med individuelle planer.

Stiftelsen GRUK (gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten) har utviklet en arbeidsmodell som sikrer en koordinert, individuelt tilpasset oppfølging for brukere med psykiske lidelser og sammensatte tjenestebehov. Modellen kalles KPA (Koordinering av psykososialt arbeid) og beskrives nærmere i rapportens kap. 2. Videre har GRUK utviklet en metode for å sikre felles opplæring av medarbeidere i førstelinjen og spesialisthelsetjenesten gjennom et år.

Sinsen DPS ønsket på denne bakgrunn å etablere et samarbeid med GRUK for å gjennomføre en felles opplæring i egen sektor. To orienteringsmøter for alle aktuelle aktører ble gjennomført 02.11. og 19.12. 2001.

Av ulike årsaker var det ikke mulig for samtlige DPS og bydeler å gå sammen i et felles opplæringsprosjekt rundt arbeid med individuelle planer på dette tidspunktet.

Sinsen DPS og de tilhørende bydelene Grefsen-Kjelsås, Helsfyr-Sinsen og Bjerke ønsket å gå inn for opplæringsprosjektet, uavhengig av hva resten av Aker sektor besluttet. Våren 2002 innledet DPS-et et konkret samarbeid med GRUK. Etter nødvendig avklaringsarbeid mellom samarbeidspartene ble prosjektet kontraktfestet. De tre bydelene og Sinsen DPS inngikk en skriftlig avtale 09.04.02, der partene gjensidig forpliktet seg til å gjennomføre et opplæringsprosjekt. Avtalen slår fast at ”prosjektets hensikt er å innføre modellen koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser (KPA)” Stiftelsen GRUK ble engasjert som eksternt prosjektleder, og kontrakt ble inngått 10.04.02.

1.2 Samarbeidspartene i prosjektet

1.2.1 Sinsen DPS

Aker sektor, klinikk for psykiatri, er delt inn i tre DPS-områder. Sinsen DPS er ett av disse, og betjente ved prosjektets start tre bydeler. Opptaksområdet utgjorde i 2002 et befolkningsgrunnlag på ca. 65.000. En stor bydelsreform i Oslo kommune trer i kraft fra 01.01.04. Ved prosjektets avslutning var det ikke endelig avklart hvilke bydeler Sinsen DPS skal betjene i fremtiden.

Sinsen DPS består av fire enheter: Dagavdeling, poliklinikk, rehabiliteringssenter m/ kafè og aktiviteter og bosenter.

DPS-et har i mange år vært opptatt av at deres brukere skal ha gode, sammenhengende tjenester. I perioden 1998 – 2001 gjennomførte senteret et Case Management prosjekt som ble finansiert ved fylkeskommunale midler og som er beskrevet i egen rapport. Prosjektet ble tilknyttet rehabiliteringsenheten og det ble tilsatt en prosjektleder og en prosjektmedarbeider. Erfaringene fra dette prosjektet var gode. Det synliggjorde også nødvendigheten av fortsatt bygging av samarbeid mellom

bydelene og spesialisthelsetjenesten, og førte bl.a. til at et samarbeidsforum mellom avdelingsoverlegen ved DPS, bydelsdirektørene og bydelsoverlegene ble opprettet.

1.2.2 Bydelene

Bydel nr. 14, Helsefyr-Sinsen, hadde i 2002 ca. 21.100 innbyggere. Bydelen gjennomførte en intern omorganisering i september 2002. Ved gjennomføring av bydelsreformen pr. 01.01.2004 vil nåværende bydel 14 bli fordelt på tre av de nyetablerte bydelene. Samarbeidet med Sinsen DPS vil opphøre som en konsekvens av dette.

Bydel nr. 20, Bjerke, hadde i 2002 ca. 24.000 innbyggere. Også denne bydelene gjennomførte en intern omorganisering i september 2002. Bydel Bjerke vil eksistere i nåværende form også etter bydelsreformens gjennomføring. Bydelen skal fortsatt samarbeide med, og bli betjent av, Sinsen DPS.

Bydel nr. 21, Grefsen-Kjelsås, hadde i 2002 ca. 18.000 innbyggere. Ved gjennomføring av bydelsreformen vil bydel 21 bli slått sammen med sin nåværende nabobydel Sogn. Den nyopprettede bydelen skal etter bydelsreformen samarbeide med, og bli betjent av, Josefinesgt. DPS.

1.2.3 Stiftelsen GRUK

GRUK ble etablert som en privat stiftelse i 1999 av Kommunenes Sentralforbund, Den norske lægeforening, Norsk sykepleierforbund og Telemark fylkeskommune. Stiftelsens formål er å bidra til kontinuerlig forbedringsarbeid i sosial- og helsetjenesten ved å utvikle metoder og handlingsprogram som bidrar til forbedring i praksis. Hovedtyngden av virksomheten består i å lede prosjektorganisert opplæring, der ny kunnskap/kompetanse fortløpende integreres i daglig virksomhet.

GRUK har 8 medarbeidere, sykepleiere, sosionomer og leger, som alle har ansvar for ulike typer opplærings- og utviklingsprosjekt i samarbeid med praksisfeltet.

1.3 Målsetting for prosjektet

Det overordnede målet for prosjektet var at brukere med langvarige, alvorlige psykiske lidelser og sammensatte tjenestebehov skulle få et individuelt tilpasset, koordinert tjenestetilbud basert på den enkeltes behov og medvirkning.

Dette målet samsvarer med innhold og intensjon i de nye helselovene og i forskrift om individuell plan.

Resultatmålet i prosjektet ble uttrykt i den skriftlige avtalen mellom Sinsen DPS og bydelene:

”Prosjektets hensikt er å innføre modellen Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser (KPA). Pasientene skal være bosatt i bydelene, og metodisk skal en utforme og gjennomføre arbeidet med individuelle planer for denne pasientgruppen.”

2.0 Koordinering av psykososialt arbeid (KPA)

2.1 Bakgrunn

Utvikling av arbeidsmodellen startet tidlig på 1990-tallet, ved at en gruppe medarbeidere ved psykiatrisk poliklinikk, Telemark sentralsykehus arbeidet med oppfølging av brukere med alvorlig psykoseproblematikk. Et arbeidsprogram for oppfølgingen ble utviklet og prøvd ut internt i sykehuset. I 1996 startet Kragerø kommune og Stiftelsen GRUK et samarbeidsprosjekt for å videreutvikle modellen til bruk også i kommunale tjenester. Dette prosjektet gikk over ett år. I 1997 ble et nytt prosjekt satt i gang, denne gang i samarbeid med Skien kommune.

Det ble i 1998 tatt initiativ til å videreutvikle modellen slik at et lokalpsykiatrisk senter og tilhørende kommuner sammen kunne arbeide med innføring av KPA. Forsøket ble finansiert av Statens helsetilsyn og fant stad på Søre Sunnmøre med fem deltakende kommuner og tilhørende lokalpsykiatrisk senter. Stiftelsen GRUK hadde ansvar for gjennomføringen.

KPA- modellen ble så beskrevet i et veiledningshefte utgitt av Statens helsetilsyn i 2000 (nr. 2-2000).

I tiden etter har arbeidsmodellen KPA stadig blitt videreutviklet i samarbeid med kommuner/bydeler og distriktpsikiatriske sentra. Pr. i dag har det blitt gjennomført opplæringsprosjekt i KPA ved ytterligere åtte DPS-områder i østlandsområdet.

1. juli 2001 trådte Forskrift om individuell plan i kraft. Utviklingsarbeidet med KPA har vist seg å samsvare godt med retningslinjene i forskrift og veileder, og KPA fungerer i dag som et godt prosessverktøy i arbeidet med å utarbeide individuelle planer.

2.2 Formålet med KPA

Målet for koordineringsarbeidet er *å sikre tilgjengelighet og kontinuitet med hensyn til de tjenestetilbudene den enkelte bruker ønsker og trenger.*

Brukere med sammensatte behov for tjenester trenger et tilbud som er individuelt tilpasset dersom den enkelte skal kunne oppleve sammenheng og kontinuitet i eget liv. En sentral oppgave blir derfor å sikre både kontinuitet i tjenestetilbudet og at tilbudet samsvarer med den enkelte brukers ressurser, personlige mål og behov. Det har også stor betydning for tjenestetilbudets kvalitet at bruker selv aktivt medvirker i utforming og prioritering av de konkrete tjenestene.

Dette arbeidet har vist seg å gi best resultat når det fokuseres på brukerens mest sentrale problemstillinger. Koordinering som fører til at brukeren får "litt mer av alt" har vist seg å gi mindre effekt. På grunnlag av erfaringer og systematisk evaluering av disse, anbefales det at man forsøker å finne fram til de tiltakene som har størst betydning i den enkelte brukers liv, og prioriterer dem.

2.3 Sentrale element i KPA

Hvordan skal vi så jobbe for å nå målet om "et sammenhengende, individuelt tilpasset tjenestetilbud for den enkelte"?

Slik våre offentlige tjenester er organisert, vil koordinering av tiltak alltid være en utfordrende oppgave. Vi må forholde oss til ulike lovverk, ulike mål og lovgrunnlag, ulik organisering og tjenester fordelt på flere tjenestenivå. For den enkelte bruker kan det samlede offentlige hjelpeapparatet lett fortone seg som "et mangehodet uhyre", vanskelig å overskue og vanskelig å forholde seg til.

KPA-modellen tar utgangspunkt i 3 sentrale element som grunnlag for å arbeide med tilpasning og koordinering av tjenestetilbudet for den enkelte bruker.

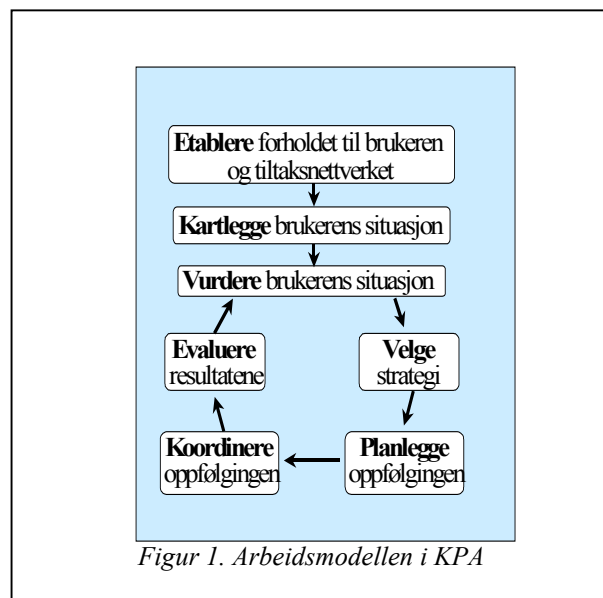
2.3.1 En felles arbeidsmodell.

Arbeidsmodellen i KPA er en grunnleggende modell for systematisk arbeid (figur 1).

Mange faggrupper i tjenestesystemet vil kjenne igjen denne modellen, eller deler av den, fra sine ulike grunnutdanninger. Selve tankemodellen er derfor som oftest lite problematisk å forholde seg til.

Hovedutfordringen i forhold til praktisk gjennomføring blir imidlertid:

- Å finne måter å sikre at den grunnleggende arbeidsmodellen blir *en felles forståelsesramme* for arbeidet med den enkelte bruker, uavhengig av hvor i tjenestesystemene brukers hjelpere befinner seg.
- Å sikre at tjenesteyterne *aktivt bruker* arbeidsmodellen i det konkrete arbeidet med brukerne.



Figur 1. Arbeidsmodellen i KPA

I KPA- prosjektene legger vi til rette for å jobbe konkret med disse utfordringene. Et utvalg brukere i målgruppen får tilbud om å bli fulgt opp av en *personlig koordinator*. Koordinatorene rekrutteres fra ulike tjenestesteder i kommunen/bydelen. De har ulik fagbakgrunn /erfaring og ulik organisatorisk tilknytning.

Personlig koordinator samarbeider med bruker ut fra prinsippene *medvirkning, dialog og allianse* og *kontinuitet*. Bruker og koordinator skal i fellesskap arbeide seg fram mot et mer sammenhengende, individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dette arbeidet kan danne grunnlag for en skriftlig, individuell plan.

Det er utviklet et arbeidsprogram som støtter opp under hvert enkelt trinn i arbeidsmodellen. Dette programmet utgjør ”underteksten” til modellen. Det beskriver nærmere den konkrete arbeidsgangen i modellen, og skal sikre at de grunnleggende prinsippene om brukermedvirkning, ressursorientering og helhetstenkning rundt brukeren ivaretas.

2.3.2 Praksisnær opplæring.

Hva er læring, og hvordan kan koordinatorene og tjenestesystemet lære å anvende prinsippene i KPA-modellen?

Ulike definisjoner understreker ulike sider ved læringsbegrepet. I vår sammenheng er vi opptatt av å fokusere på læringsprosesser som fører til et endret/utvidet handlingsrepertoar, vi søker å legge til rette for *erfaringslæring*. Det viser seg at voksne lærer best i sammenhenger som legger vekt på deltakernes autonomi, er nær deltakernes praksis og er ressursbasert. Sosialantropologen og systemteoretikeren Gregory Bateson har sagt om læring at det er *å forstå sammenhengen mellom det som skal læres og det som allerede er lært/forstått*. Vi kan forstå utsagnet slik at eksisterende kunnskap og ferdigheter er nødvendige ressurser i videre læringsarbeid.

I KPA-prosjektene skal deltakerne få en opplæring som støtter opp under arbeidet med å ta i bruk en *felles arbeidsmodell*. Deltakerne er voksne, kompetente personer som tar med seg hver sin kunnskaps- og ferdighetsbase inn i prosjektet. Ofte vil den enkelte ha utviklet et forhold til den grunnleggende arbeidsmodellen som brukes i KPA lenge før prosjektet startet. Dette er ressurser vi må søke å ivareta når vi organiserer opplæringen i prosjektene. Målet er at deltakerne skal få en utvidet forståelse av hva en *felles arbeidsmodell* innebærer i praksis, og de skal være i stand til å handle i samsvar med denne forståelsen på en slik måte at *brukers liv og utvikling* blir hovedfokus for arbeidet.

Vi har erfart at tverrfaglig sammensatte veiledningsgrupper egner seg godt til denne type læringsprosess. Veiledning som pedagogisk virkemiddel gir rom for refleksjon over praksis og over deltakernes kunnskap/erfaringer, og deltakerne får løpende tilbakemelding på sitt eget arbeid. Hovedfokus for veiledningen skal være KPA-modellen og arbeidsprogrammet, og hver koordinator skal få veiledning på sitt arbeid med en og samme bruker gjennom hele prosjektperioden. Stiftelsen GRUK har utarbeidet en ”Veileder til veilederne” som presiserer noen sentrale kjennetegn ved KPA-veiledningens innhold og form.

De personlig koordinatorene fra hver bydel/kommune settes sammen i tverrfaglige, tverretatlige smågrupper, vi anbefaler en gruppestørrelse på 6 – 8 personer. Veilederne rekrutteres fra spesialisthelsetjenesten. I prosjektperioden er det lagt opp til å ha to veiledere i hver gruppe, for å sikre kontinuitet i veiledningen og for å styrke innføringen av det praktiske KPA-arbeidet også i spesialisthelsetjenesten.

Veiledningen gjennomføres etter en strukturert tidsplan, hver av gruppene møtes til 1 ½ timers veiledningsmøte annenhver uke gjennom hele prosjektperioden.

2.3.3 Organisatorisk forankring.

En av hovedutfordringene i arbeid med utviklingsprosjekter er å sikre at erfaringer og kompetanse som vinnes blir videreført etter prosjektets avslutning. Dersom prosjektarbeidet ikke knyttes nært til den daglige virksomheten i de berørte linjeorganisasjonene, vil denne overføringen vanskeligjøres.

Vesentlige forutsetninger for å lykkes med prosjektet, og med videreføringen, er at:

- Beslutning om tilslutning fattes i deltakerorganisasjonenes toppledelse, og det avklares hvilke forpliktelser beslutningen innebærer.
- Informasjon om beslutningen, og hva denne innebærer, blir gjort kjent i organisasjonene, på besluttende og på utøvende nivå.
- Informasjon om formålet med prosjektet gjøres kjent for alle
- Prosjektdeltakernes nødvendige rammebetingelser avklares
- Informasjon om framdrift og status i prosjektet føres fortløpende tilbake til besluttende nivå i deltakerorganisasjonene.

Arbeidet må bli anerkjent og innarbeidet i tjenestesystemene. Det må ikke bli enkeltpersoners ansvar at det vedtatte prosjektet får nødvendige rammer og rom. Ledere på ulikt nivå i organisasjonene vil lett kunne gi sin tilslutning til et prosjekt som bl.a. oppfyller kravene til arbeid med individuell plan, men utfordringen for tjenestesystemene og lederne er å gjøre tilslutningen synlig og konkret i hverdagen. Ledelsens tilslutning og støtte kommer til uttrykk blant annet gjennom å vise anerkjennelse overfor deltakende medarbeidere og ved å innarbeide gode rutiner for å ivareta KPA-arbeidet i den daglige driften.

2.4 Organisering av opplæringsprosjektene

I prosjektene legger vi opp til en struktur som skal ivareta forutsetningene som er beskrevet over. En tilleggsforutsetning for å nå målet om tilpassede, koordinerte tjenester for den enkelte bruker er styrking av samhandlingen mellom kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten. Organiseringen av prosjektet utgjør rammene for arbeidet med å føre flere kompliserte tjenestesystemer gjennom en felles lærings- og utviklingsprosess. Vi har kalt denne organiseringen av prosjektene et ***læringsnettverk***. Målet er blant annet at ledere og medarbeidere underveis skal få tydeliggjort sine respektive roller og oppgaver i arbeidet med KPA, slik at brukerne kan sikres et tilpasset, koordinert tjenestetilbud.

2.4.1 Læringsnettverket.

Læringsnettverket består av de ulike aktørene i KPA-prosjektet. Gjennom en strukturert aktivitetsplan legges det til rette for at aktørene kan lære av hverandre, og for at roller kan tydeliggjøres gjennom utveksling av erfaringer og gjennom nødvendig problemløsning underveis.

Som en del av forarbeidet til prosjektet utnevner sentral ledelse i hver kommune/bydel og i DPS en lokal prosjektkoordinator, en **tilrettelegger**, i egen organisasjon. Tilrettelegger skal arbeide på delegasjon fra ledelsen, og hovedoppgavene i prosjektet er.

- Informasjon om prosjektet inn i egen organisasjon
- Informasjon til ledelsen om framdrift og status i prosjektet
- Pådriverarbeid i forhold til rekruttering og oppfølging av henholdsvis koordinatorene (kommune/bydel) og veiledere (DPS)
- Praktisk tilrettelegging av prosjektaktivitetene gjennom hele perioden
- Være kontaktpersoner for ekstern prosjektledelse fra Stiftelsen GRUK

Tilretteleggergruppen samarbeider nært med prosjektleder og prosjektmedarbeider fra Stiftelsen GRUK både i planleggingsfasen og i gjennomføringsfasen.

De personlige koordinatorene og veilederne arbeider sammen i veiledningsgruppene gjennom hele prosjektperioden. Informasjon om arbeidets status, utvikling og eventuelle problemer meldes fortløpende til tilrettelegger, som igjen melder videre til aktuelt ledelsesnivå.

Koordinatorene deltar på informasjonsmøter i startfasen og på et arbeidsseminar for koordinatorene midtveis i prosjektet.

Veiledere og tilretteleggere møtes på informasjonsmøter i starten, et opplæringsseminar og 3 erfaringsseminar i løpet av prosjektperioden.

Ledere på ulike nivå samt **representanter for brukere og pårørende** deltar i startfasen for å bli kjent med prosjektets mål og innhold. I arbeidsfasen informeres aktuelle ledere fortløpende om forhold som må avklares eller justeres i forhold til rammevilkår. Tilrettelegger har et særlig ansvar for dette.

I avslutningsfasen skal alle aktører igjen komme sammen for å vurdere erfaringene som er vunnet i løpet av prosjektperioden og for å bestemme hvordan disse skal videreføres etter prosjektavslutningen.

Stiftelsen GRUK er ansvarlig for gjennomføring av læringsnettverket, for opplæring av tilretteleggere og veiledere og for innholdet i samlingene i løpet av prosjektet.

Etablering av læringsnettverket tar erfaringsmessig ca. 3 måneder. Gjennomføringsfasen varer i to semestre, avslutningen tar 1 –2 måneder.

2.5 Evaluering av opplæringsprosjektene

I KPA-prosjektene legges det vekt på at effekten av arbeidet med modellen skal dokumenteres og evalueres.

I tråd med målsettingen for prosjektene er hovedfokus for evalueringen brukernes situasjon. Har innføring av KPA ført til en endring i deres opplevelse av tjenestetilbudet og av sin egen situasjon? Har oppfølgingen av den enkelte blitt mer sammenhengende og individuelt tilpasset?

I forlengelsen av dette ønsker vi å undersøke om de personlige koordinatorene har fulgt arbeidsprogrammet som beskrives i KPA. Det legges også vekt på hvordan bruk av arbeidsmodellen virker inn på samarbeidet mellom ulike instanser og forvaltningsnivå.

I prosjektene brukes en kombinasjon av kvantitative verktøy (evalueringsprotokoll og evalueringsskjema for veiledningsgruppene) og kvalitative tilnærminger (samtaler, deltakende observasjon, prosjektlogg) for å dokumentere effekten av det samlede KPA-arbeidet. Observasjoner som gjøres og problemstillinger knyttet til disse blir gjennom hele prosjektforløpet gjenstand for dialog og refleksjon mellom prosjektdeltakerne og ekstern prosjektledelse. Erfaringslæring står sentralt i KPA-prosjektene, og vi søker å drive arbeidet på en slik måte at refleksjon over egen praksis og over egen kunnskap og innsikt blir en rød tråd gjennom det som skjer, både i veiledningsgruppene og i læringsnettverket for øvrig.

2.5.1 Evalueringsverktøyene.

Evalueringsprotokollen er et hovedverktøy i evalueringsarbeidet. Den er utviklet av Stiftelsen GRUK, og har vært brukt i samtlige KPA-prosjekt. (*Vedlegg 1*)

Formålet med evalueringsprotokollen er flerdelt:

1. Å gi bruker og koordinator en *felles oversikt* over:
 - brukers situasjon og behov for tiltak
 - brukers tilfredshet med tjenestetilbudet
 - framgangen i koordineringsarbeidet.
2. Å gi et konkret utgangspunkt for veiledningsarbeidet.
3. Å registrere og dokumentere den samlede utviklingen i KPA-arbeidet.

Protokollen fylles ut i samarbeid mellom koordinator og bruker, og den inneholder følgende deler:

- opplysninger om bruker og brukers offentlige nettverk
- opplysninger om koordinator og koordinators tidsbruk
- intervju med bruker vedr. udekkede behov og brukertilfredshet
- sjekkliste for koordinator over arbeidsgangen i KPA

Hver koordinator skal, sammen med sin bruker, fylle ut protokollen for første gang ved starten av prosjektet (innen 8 uker fra veiledningens start) og deretter mot slutten av prosjektet (etter ca. 10 mnd. veiledning). Anonymiserte kopier av alle utfylte protokoller fra begge måletidspunkt blir systematisert og analysert av ekstern prosjektledelse fra Stiftelsen GRUK. En samlet oversikt over resultater fra protokollene blir lagt fram for læringsnettverket ved KPA-prosjektets avslutning, og danner en del av grunnlaget for å vurdere videreføring av arbeidet. I tillegg kan den enkelte koordinator og bruker fortløpende evaluere sitt samarbeid ved hjelp av "sin" evalueringsprotokoll.

Evaluering av veiledning for KPA er et evalueringsskjema hver koordinator blir bedt om å fylle ut før prosjektets avslutning. Her vurderer koordinatorene nytten av opplæringen i prosjektet. Videre vurderer de sitt eget arbeid med fasene i koordineringsarbeidet. Hva har vært vanskelig, middels vanskelig, enkelt? (*Vedlegg 2*).

Stiftelsen GRUK har ansvar for å systematisere svarene og gi en samlet tilbakemelding til læringsnettverket.

Oppsummering og evaluering fra deltakerne i prosjektene er også en viktig del av evalueringsarbeidet ved hvert prosjekts avslutning. Stiftelsen GRUK har utarbeidet åpne momentlister for brukere, koordinatorene, veiledere og tilretteleggere der noen sentrale hovedpunkt gir utgangspunkt for gjennomgang av erfaringer som er vunnet. Prosjektdeltakerne står fritt til å bruke momentlistene slik de selv ønsker, som oftest danner de grunnlaget for en muntlig framlegging av de ulike deltakernes erfaringer ved avslutning av prosjektene.

3.0 Gjennomføring av KPA-prosjektet ved Sinsen DPS

Etter at kontrakt ble inngått mellom Sinsen DPS og Stiftelsen GRUK i april 2002, startet arbeidet med å etablere et konkret læringsnettverk. Beslutningen om å gjennomføre prosjektet var fattet av de sentrale ledergruppene i bydelene og ved DPS, i tillegg ble en skriftlig avtale mellom bydelsdirektørene og overlege ved Sinsen DPS utformet.

Stiftelsen GRUK var ansvarlig for at gjennomføring av prosjektet skjedde i henhold til kontraktfestede rammer og innenfor oppsatt tidsplan.

3.1 Etablering av læringsnettverket

Bydelsdirektørene, bydelsoverlegene og overlege ved Sinsen DPS hadde lenge før prosjektets start innarbeidet et fast samarbeidsforum med månedlige møter. Det ble besluttet at forumet skulle fungere som styringsgruppe for KPA-prosjektet for å sikre forankringen til topplederplan.

Tilretteleggere fra hver bydel og fra DPS ble utnevnt av egen toppledelse tidlig våren –02. Tilrettelegger fra Sinsen DPS, Kirstin Aarø, er ansatt som rehabiliteringskonsulent. Hun har vært hovedkontaktperson for ekstern prosjektledelse fra Stiftelsen GRUK og har vært hovedansvarlig for koordinering og tilrettelegging av aktivitetene i prosjektet.

Hver bydel utnevnte i utgangspunktet en tilrettelegger; i Grefsen-Kjelsås psykiatrikoordinator Guri Yttreland, i Bjerke psykiatrikoordinator Lillian Saxegaard og i Helsefy-Sinsen leder for psykiatritjenesten Karin Berg. Like før oppstart av arbeidsfasen utnevnte Helsefy-Sinsen en tilrettelegger til, leder for hjemmetjenester Hanne Nilsen. Tilretteleggergruppen besto dermed av totalt fem personer.

Kontakten mellom tilretteleggerne og GRUK ble opprettet i mars –02, før formell kontraktsinngåelse, og det gav oss god mulighet til å bli kjent med hverandre og til å starte arbeidet med avklaringer rundt prosjektets målsetting, oppgave- og ansvarsfordeling og faglig innhold i prosjektet. Det ble så satt opp en konkret aktivitets- og tidsplan for gjennomføring av prosjektet. Vi holdt til sammen fem samarbeidsmøter mellom tilretteleggergruppen og GRUK i denne fasen.

Bydelens tilretteleggere rekrutterte, i samarbeid med aktuelle virksomhetsledere, de personlige koordinatorene. Målet var å ha et bredt sammensatt koordinatorkorps på minst 12 personer fra hver bydel. Da arbeidsfasen startet, hadde Grefsen-Kjelsås rekruttert 12 koordinatører, Bjerke hadde 11 og Helsefy-Sinsen hadde 14. Koordinatorgruppen i alle bydeler var tverrfaglig sammensatt. Koordinatorene skulle selv, i samråd med sine ledere og bydelens tilrettelegger, velge ut en bruker for samarbeidet i KPA-prosjektet.

Tilrettelegger fra DPS rekrutterte veiledere til veiledningsgruppene. Det ble dannet to veiledningsgrupper i hver bydel, og det var dermed behov for 6 veilederpar, til sammen 12 veiledere. 13 potensielle veiledere meldte seg. 3 av disse kom fra Gaustad Sykehus (Aker sektor), 5 kom fra Sinsen DPS, rehabiliteringsavdelingen og 5 kom fra Sinsen DPS, bosenteret. Veiledergruppen var sammensatt av 3 ergoterapeuter, 7 psykiatriske sykepleiere, 1 vernepleier, 1 psykiater og 1 klinisk sosionom. En av ergoterapeutene valgte å være ”reserveveileder”, de øvrige tolv ble fordelt parvis til veiledningsgruppene i bydelene. Sammensetningen av veilederparene ble gjort delvis ut fra ønsker fra veilederne, delvis ut fra hensynet om å ivareta tverrfaglighet også her.

3.2 Gjennomføring av aktivitetsplanen

Arbeidsfasen i prosjektet startet i begynnelsen av oktober 2002, med et to-dagers opplæringsseminar for veiledere og tilretteleggere. De personlige koordinatorene deltok på seminarets første dag, slik at alle

deltakerne i veiledningsgruppene skulle få en felles plattform for videre arbeid. Målet med opplæringsseminaret var å gi en innføring i hva arbeid med KPA innebærer og å starte et arbeid med å tydeliggjøre roller, med spesiell vekt på veilederrollen. Dette seminaret ble fulgt opp i januar 2003 med en halvdags veiledersamling. Tilrettelegger ved Sinsen DPS innkalte deretter veilederne til jevnlig møter, og opprettet slik et forum der veilederne kunne ta opp aktuelle problemstillinger i fellesskap.

I løpet av oktober og første uke i november ble det gjennomført en startkonferanse i hver av bydelene. Målgruppen for denne samlingen var ledere og medarbeidere i bydelen, lokale bruker- og pårørenderepresentanter samt lokale samarbeidspartnere. Målet med samlingene var å markere prosjektstarten lokalt, synliggjøre tilslutning fra bydelsledelsen og gi informasjon om prosjektets mål og innhold.

I november ble veiledningsgruppene konkret etablert, og veiledningsprosessen startet opp. Det ble opprettet to veiledningsgrupper i hver bydel med 5-7 medlemmer i hver gruppe. To veiledere ble tilknyttet hver av gruppene. Så langt det var mulig, ble veiledere fra ulike arbeidssteder og med ulike yrkesbakgrunn satt sammen i par, slik at bredde i bakgrunn og erfaring hos veilederne kunne forsterke tverrfagligheten i gruppene ytterligere.

Tilretteleggerne samarbeidet fra starten av med veilederne slik at praktiske rammer lå vel til rette for arbeidet i gruppene. Tilretteleggerne fra bydelene ble anbefalt å inngå avtaler med "sine" veiledningsgrupper om kontaktpunkt underveis i arbeidet. Dette ble gjort spesielt med tanke på behovet for fortløpende å fange opp organisatoriske forhold som hadde betydning for koordinatorenes arbeid med brukerne, slik at tilrettelegger kunne melde tilbake til aktuelt ledelsesnivå om behov for justeringer. Slike kontaktpunkt ble avtalt i alle bydelene. Tilretteleggerne valgte litt ulike måter å gjøre det på, felles for alle var at koordinatorene hadde en strukturert mulighet for å drøfte og bringe videre problemer og utfordringer de møtte i det praktiske KPA-arbeidet.

I løpet av prosjektets arbeidsfase ble det gjennomført tre heldags erfaringsseminar for veiledere og tilretteleggere. Målet med disse samlingene var å få fram og dele erfaringer, utfordringer og aktuelle problemstillinger i hele læringsnettverket. I tillegg til erfaringsutveksling i plenum og grupper hadde Stiftelsen GRUK korte innledninger om aktuelle tema. Deltakerne valgte å invitere mellomledere fra bydelene til andre og tredje erfaringsseminar, slik at koordinatorenes nære overordnede kunne få del i erfaringsutvekslingene.

I tillegg ble det i perioden gjennomført tre ekstra informasjonsmøter om KPA og arbeid med individuell plan for å forsterke arbeidet i prosjektet. To av disse møtene ble holdt på Gaustad sykehus, etter forespørsel derfra. Det siste møtet ble holdt i bydel Bjerke i forbindelse med oppstart av et internt samarbeidsprosjekt i bydelen.

I slutten av vårsemesteret 2003 utformet tilretteleggergruppen en kort statusrapport fra KPA-arbeidet. Denne ble sendt til styringsgruppen for prosjektet, ledere i bydelene og på DPS og Stiftelsen GRUK.

Erfaringskonferanser i hver bydel og en sluttkonferanse for hele læringsnettverket markerte avslutningen for prosjektet i oktober og november 2003. Her la koordinatorene, tilretteleggerne og veilederne fram sine erfaringer fra KPA-arbeidet, og mulig videreføring av arbeidet ble drøftet.

Tilretteleggergruppen og Stiftelsen GRUK hadde til sammen fire samarbeidsmøter i arbeidsfasen.

På neste side er det satt opp en skjematisk oversikt over aktivitetene i prosjektet. Aktivitetene ble gjennomført i samsvar med oppsatt tidsplan.

Tabell 1 Aktivitetsoversikt

FASE	MND	AKTIVITET	DELTAKERE
Etablering	Mars/ april 02	Vedtak om KPA-prosjekt. Utnevning av tilretteleggere.	Ledere i første og andrelinjen
	Mars – juni 02	Månedlige planleggingsmøter	Tilretteleggere fra DPS og bydeler. Stiftelsen GRUK
	Juni -02	Info.møte om KPA, Gaustad sykehus	Sykehusets ansatte, samarbeidspartnere fra spesialisthelsetjenesten og bydelene. Stiftelsen GRUK
	Aug 02	Orienteringsmøte om KPA-prosjektets mål og innhold	Ledere, tilretteleggere, veiledere, potensielle koordinatore, bruker- og pårøndererepresentanter, samarbeidspartnere. Stiftelsen GRUK
	Aug - okt. 02	Månedlige planleggingsmøter	Tilretteleggere fra DPS og bydelene. Stiftelsen GRUK
Gjennomføring	Okt 02	Opplæringsseminar (2 dager)	Tilretteleggere, veiledere. Koordinatorer (1. dag). Stiftelsen GRUK
	Nov 02	Oppstartkonferanse i hver bydel (1/2 dag)	Ledere, medarbeidere, bruker- og pårøndererepresentanter, tilretteleggere og veiledere. Stiftelsen GRUK
	Nov 02	Veiledningsgruppene starter	Personlige koordinatore og veiledere. Praktisk støtte fra tilretteleggere
	Jan 03	Veilederseminar (1/2 dag)	Veiledere og tilretteleggere. Stiftelsen GRUK
	Jan 03	Innlevering av evalueringsprotokoller, 1. gang	Koordinatorene.
	Febr 03	Seminar om KPA og IP, Gaustad sykehus	Sykehusets ansatte, samarbeidspartnere, bydelene. Stiftelsen GRUK
	Mars 03	1. Erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere. Stiftelsen GRUK
	Mars 03	Arbeidsseminar for koordinatorene	Personlige koordinatore, veiledere og tilretteleggere. Stiftelsen GRUK
	April 03	Oppstartseminar, lokalt tverretatlig prosjekt bydel Bjerke	Ledere og medarbeidere i bydelen. Stiftelsen GRUK
	Mai 03	2. Erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere. Virksomhetsledere fra bydelene. Stiftelsen GRUK
	Sept 03	Innlevering av evalueringsprotokoller, 2. gang	Koordinatorene
	Okt 03	3. Erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere Virksomhetsledere fra bydelene. Stiftelsen GRUK
	Okt – nov 03	Erfaringskonferanser i hver bydel (1/2 dag)	Ledere, medarbeidere, bruker- og pårøndererepresentanter, koordinatore, tilretteleggere og veiledere. Stiftelsen GRUK
Avslutning	Nov 03	Sluttkonferanse (1/2 dag)	Ledere i bydelene og spesialisthelsetjenesten, bruker- og pårøndererepresentanter, samarbeidspartnere, koordinatore, tilretteleggere og veiledere. Stiftelsen GRUK

3.3 Tidsbruk

Stiftelsen GRUKs medarbeidere i prosjektet hadde en samlet tidsbruk som samsvarer med rammene i kontrakten. Tidsbruken utgjør ca. et halvt årsverk.

De følgende angivelser av tidsbruk for de interne nøkkelpersonene i læringsnettverket er gjennomsnittlige. Arbeidsmengden for en del av deltakerne har variert i de ulike fasene av prosjektet. Beregningene bygger på den enkelte deltakers oppsummering.

- Tilrettelegger fra DPS har brukt ca 1-2 dager pr. uke
- Tilretteleggere i bydelene har brukt i ca 1 dag pr. uke
- 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 ca. 7 dager.
- Koordinatorene har brukt ca 3/4 time ukentlig til koordineringsarbeidet. Dette samsvarer godt med tidsregistreringer fra andre KPA-prosjekt og fra liknende prosjekter fra Sverige. I tillegg har de brukt 1 ½ time annen hver uke på veiledning og deltatt på to dagsseminar.

4.0 Resultater

Hvordan har KPA-prosjektet påvirket brukernes situasjon og koordinatorenes arbeid? I dette kapitlet ser vi på resultatene av prosjektarbeidet ut fra innsamlet materiale i evalueringsprotokollene og evalueringsskjemaene for veiledningen.

4.1 Evalueringsprotokollene

Koordinatorerne, veilederne og tilretteleggerne fikk utdelt evalueringsprotokollen like etter arbeidsfasens oppstart, bruk av verktøyet ble introdusert på opplæringsseminaret. Protokollen kan brukes fortløpende og aktivt som et prosessverktøy i samarbeidet mellom bruker og koordinator. Vi anbefaler at protokollen revideres jevnlig også etter prosjektperioden, for eksempel en gang pr. år, for å synliggjøre utviklingen i forhold til den enkelte bruker. Dette kan styrke brukers mulighet for medvirkning i egen oppfølging, og det sikrer bl.a. dokumentasjon i forhold til arbeid med individuell plan.

I KPA-prosjektet brukes evalueringsprotokollen i tillegg som et redskap for å dokumentere den samlede utviklingen i læringsnettverket. Vi sammenligner dataene fra to ulike tidspunkt og får gjennom dette et oversiktsbilde som presenteres under. Gjennomsnittsverdier som framkommer ved å sammenligne to målinger har sine begrensninger, slik at tolkning av tallene må gjøres med forsiktighet.

4.1.1 Datagrunnlaget

Ved etablering av veiledningsgruppene startet totalt 32 koordinatører opp. Fire av disse hadde ikke bruker, og hadde derfor ikke grunnlag for å fylle ut evalueringsprotokollen.

De øvrige koordinatorene introduserte raskt verktøyet for brukerne sine, og opplevde en del frustrasjon fordi utfylt protokoll skulle leveres inn allerede 8 uker etter veiledningsstart. Mange opplevde at dette kravet forstyrret deres arbeid med å etablere en god relasjon til sin bruker, og at det var krevende og tidvis problematisk å forholde seg til en så omfattende skriftlig registrering.

Fristen for innlevering ble ved arbeidsfasens oppstart satt til slutten av januar 2003. Totalt 28 koordinatører leverte utfylte kopier via sine respektive veiledningsgrupper. Kopiene ble anonymisert av tilrettelegger ved DPS og oversendt Stiftelsen GRUK for videre bearbeiding.

Ca. åtte måneder senere fylte koordinatorene ut protokollen for annen gang i samarbeid med samme bruker. Innleveringsfrist for kopi av utfylt protokoll ble satt til slutten av september, og 23 koordinatører leverte inn annen gangs evalueringsprotokoll. Dette materialet ble behandlet på samme måte som ved første gangs innlevering.

En del av koordinatorene opplevde at det fortsatt var problematisk å bruke protokollen i samarbeid med bruker. Dette hadde flere årsaker, bl.a. at bruker hadde ustabile og dårlige faser eller at bruker ikke så noen mening i å arbeide med protokollen.

På dette tidspunktet var 9 koordineringsforløp avsluttet eller avbrutt.

Årsaker til avbruddene i koordineringsforløpet blant de 28 som hadde levert inn protokollen første gang er vist i oversikten under:

Årsaker til avbrudd hos bruker (til sammen 6):

- 2 trakk seg fra samarbeidet
- 2 flyttet ut av bydelen
- 2 døde i løpet av prosjektperioden

Årsaker til avbrudd hos koordinator (til sammen 3):

- 2 ble langtidssykemeldt
- 1 sluttet i jobben

Til sammen 19 koordineringsforløp ble ut fra dette fulgt opp gjennom hele prosjektperioden. For 4 av disse var utfyllingen av den ene evalueringsprotokollen ufullstendig, slik at første og annen gangs protokoll ikke kunne sammenlignes på alle områder. Årsakene til dette var i ett tilfelle at bruker var bortreist i det aktuelle tidsrom og i tre tilfeller at koordinator og bruker ikke rakk å gjøre alt ferdig innen fristen.

På bakgrunn av dette stod vi igjen med 15 koordineringsforløp med fullt ut sammenlignbare opplysninger fra første og annen evalueringsprotokoll.

Bakgrunnsopplysningene som vises i punkt 4.1.2 og 4.1.3 under er hentet fra den første registreringen.

4.1.2 Brukerne. Bakgrunnsopplysninger og hovedproblem

Materialet fra evalueringsprotokollene gir bakgrunnsopplysninger om 28 brukere når det gjelder fødselsår og kjønn. Utvalget består av 22 kvinner og 6 menn. Andelen kvinner er overraskende stor, kjønnsfordelingen blant brukere i andre KPA-prosjekt har vært jevnere. Vi vet lite om mulige årsaker til den høye kvinneandelen i dette prosjektet. Gjennomsnittsalderen for gruppen er 52 år, med en spredning fra 11 år til 86 år. Brukeren på 11 år var den eneste i utvalget under 18 år.

Målgruppen for KPA-prosjektet var brukere over 18 år med psykiske problemer, behov for sammensatte og koordinerte tjenester og rett til individuell plan.

Tabell 2 viser oversikt over brukernes hovedproblemer.

Tabell 2. Hovedproblemer hos brukerne (N=28)

Psykisk og fysisk problem/funksjonshindring	12
Psykisk problem/funksjonshindring	13
Fysisk problem/funksjonshindring	3
Sum	28
Tilleggsproblemer	
Psykisk utviklingshemming/hjerneskade	2
Rusproblem/tidligere rusproblem	4

Til sammen 25 av brukerne har psykiske problemer/funksjonshindringer. Vi ser at 12 av disse har fysiske problemer i tillegg. Psykisk utviklingshemming, rusproblemer og tidligere rusproblem er tilleggsproblemer for noen av disse brukerne. Dette er indikasjoner på at brukerne har behov for sammensatte tjenester og tilhører målgruppen for prosjektet.

4.1.3 Koordinatorene og deres yrkesbakgrunn

I evalueringsprotokollen spør vi hvilken utdanning koordinatorene har. Oversikten vises i tabell 3 under.

Tabell 3. Yrkesbakgrunn for koordinatorene (N=28)

Sykepleier	8
Hjelpepleier	6
Ergoterapeut	4
Sosionom	2
Omsorgsarbeider	2
Hjemmehjelp m skole	1
Fysioterapeut	1
Aktivitør	1
Legesekretær	1
Barnevernpedagog	1
Helsesøster	1
Sum	28

Fem av koordinatorene opplyste at de har en psykiatrirelatert videreutdanning.

Koordinatorgruppen var sammensatt av et bredt utvalg yrkesgrupper innenfor helse- og sosialområdet. To av bydelene rekrutterte koordinatorene fra både sosialsektor, helsesektor og pleie-, omsorg- og rehabiliteringssektor. En av bydelene klarte ikke å rekruttere koordinatorene fra sosialsektoren, dette skyldtes bl.a. uheldig sammenfall i tid mellom oppstart av KPA-prosjektet og mange nyansettelser i bydelens sosialavdeling. Likevel fikk alle veiledningsgruppene i stor grad en sammensetning som fremmet gjensidig læring, bl.a. om det lokale tjenestesystemet.

I noen andre KPA-prosjekt har det blitt rekruttert enkelte koordinatorene fra andre deler av den kommunale organisasjonen, bl.a. fra kultur- og opplæringssektoren. Disse har bidratt med verdifulle perspektiv og viktig kunnskap i sine respektive veiledningsgrupper. I dette prosjektet kom altså alle koordinatorene fra ulike deler av sosial- og helsetjenesten.

4.1.4 Brukernes tjenestenettverk

Kartleggingen av brukers tjenestenettverk er gjennomført i 23 av protokollene i vårt materiale. Alle faste kontakter i det offentlige tjenesteapparatet på bydelsnivå/kommunenivå og i spesialisthelsetjenesten registreres. Disse faste kontaktene utgjør den enkelte brukers *tjenestenettverk*.

Mange steder er det vanlig å opprette *ansvarsgrupper* i sammensatte saker der flere hjelpere og instanser er involvert. I evalueringsprotokollen blir det derfor registrert om vedkommende bruker har en ansvarsgruppe.

Brukerne hadde gjennomsnittlig ca. 4 faste kontakter ved begge registreringene, hvorav ca. 0.6 var kontakter i spesialisthelsetjenesten.

Disse tallene forteller oss at brukergruppen forholder seg til relativt mange offentlige instanser over lang tid. Det styrker oppfatningen om at brukerne i prosjektet har sammensatte tjenestebehov, og at grunnlaget for å arbeide med koordinering og individuell tilpasning er til stede

Ved starten av veiledningen hadde 5 av 23 brukere en etablert ansvarsgruppe. Ca. åtte måneder senere hadde dette tallet steget til 12. Når mange tiltak skal samordnes, og mange tjenesteytere er involvert, kan det være hensiktsmessig å opprette en ansvarsgruppe. Det er derfor ikke uventet at antallet stiger i løpet av prosjektperioden, det har vi sett i de fleste læringsnettverk for KPA. I følge KPA-modellen skal en

ansvarsgruppe settes ned av bruker og koordinator etter en vurdering av hva som er mest hensiktsmessig, og den skal alltid være målrettet og tidsavgrenset. Oppretting av en ansvarsgruppe gir ikke i seg selv et bedre tjenestetilbud. (5)

4.1.5 Koordinatorenes tidsbruk

Mange har erfart at det er tidkrevende å arbeide med brukere som har sammensatte tjenestebehov. I evalueringsprotokollen ber vi koordinatorene registrere sin samlede tidsbruk til koordinering, det vil blant annet si møter med bruker, samarbeidsmøter, skriftlig arbeid, tid til telefoner og så videre. De fleste av koordinatorene i dette prosjektet hadde også kontakt med sin bruker i kraft av en fagspesifikk rolle som tjenesteyter ved en av bydelens enheter. Tid som har gått med til slike fagspesifikke oppgaver skal ikke registreres, det skal heller ikke tiden som brukes til veiledning.

23 koordinatorene har registrert sin tidsbruk pr. uke både ved 1. og 2. gangs utfylling av protokollen. Ved 1. gangs registrering var gjennomsnittlig tidsbruk pr. uke 75 minutter, med en variasjon fra 5 minutter til 180 minutter. Ved annen gangs registrering, ca. åtte måneder senere, hadde gjennomsnittlig tidsbruk pr. uke gått ned til 48 minutter, med en variasjon fra 5 minutter til 200 minutter. Det er en gjennomsnittlig reduksjon i tidsbruk på 27 minutter pr. uke.

Dette samsvarer godt med registreringer fra andre KPA-prosjekt. Det viser seg, ikke overraskende, at koordinators tidsbruk er størst ved oppstart av prosjektet, og at den i løpet av perioden reduseres til gjennomsnittlig 45 – 60 minutter pr. uke.

4.1.6 Dekning av brukernes tjenestebehov

Kartlegging av brukers udekkede tjenestebehov er en av hoveddelene i evalueringsprotokollen. For at den enkelte bruker skal kunne registrere sine opplevde behov, er kartleggingen åpen i formen. Det er satt opp en oversikt over fem sentrale livsområder (Bolig og dagligliv, Arbeid og aktivitet, Sosialt fellesskap, Helse og Økonomi) Under hvert område kan aktuelle udekkede behov føres opp. Vi spør om 1) Brukers vurdering av udekkede behov og 2) Koordinators vurdering av udekkede behov hos bruker.

Kartlegging av brukers udekkede tjenestebehov er gjennomført to ganger i 15 av protokollene. Både brukerne og koordinatorene oppgir flest udekkede behov på områdene bolig, dagligliv og helse. Mange hadde også udekkede behov på området sosialt fellesskap. Det ble registrert færrest udekkede behov på området økonomi.

Det er små endringer i omfanget av udekkede behov fra første til annen gangs registrering.

Registreringen av udekkede behov er svært ujevn fra bruker til bruker, og registreringene er lite egnet til å gjøres om til tallverdier.

Når vi gjennomgikk materialet ante vi at det var en prosess i seg selv å uttrykke og konkretisere brukers udekkede behov ut fra en livsområdetenkning. Det kan tenkes at både tjenesteytere og brukere er mer vant til å tenke dekning av behov i lys av det tjenestetilbudet som eksisterer og er tilgjengelig. Vi mener å se i materialet at bruker og koordinator har arbeidet sammen om denne kartleggingen, og vi ser at dette arbeidet må følges opp over lengre tid enn åtte måneder. Det er bl.a. tydelig at bolig og dagligliv er et sentralt område der mange opplever udekkede behov, og som det tar tid å gjøre noe med. Sosialt fellesskap er også et område hvor brukerne fortsatt har mange udekkede behov.

Kartleggingen gir et godt grunnlag for videre arbeid mellom den enkelte bruker og koordinator, og er et viktig bidrag i utvikling av individuell plan. Selve arbeidet med å dekke de registrerte behovene er en lengre prosess, men ved denne framgangsmåten sikrer en at bruker selv får uttrykke egne behov og vurdere hvordan de eventuelt skal prioriteres i forhold til hverandre.

4.1.7 Brukertilfredshet

Engelskmennene sier: ”The proof of the pudding is in the eating”. Det er brukeren selv som kan vurdere om det tjenestetilbudet som tilbys er sammenhengende og utført på en måte som ivaretar brukers råderett over eget liv. Evalueringsprotokollen inneholder et brukerintervju der det spørres om brukers konkrete erfaringer med sitt tjenestenettverk på følgende områder:

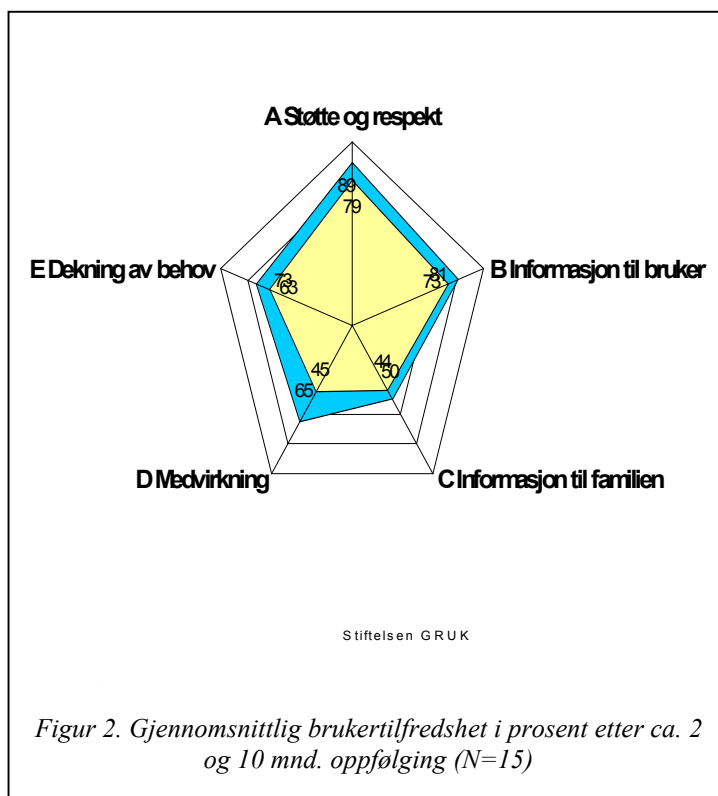
- Støtte og respekt fra ansatte i tjenestenettverket
- Informasjon til bruker
- Informasjon til brukers familie
- Medvirkning i egen oppfølging
- Dekning av behov

Under hvert av disse områdene presenteres fem utsagn vi mener indikerer en god oppfølging. Bruker vurderer om disse utsagnene er helt, delvis eller ikke oppfylt i hans/hennes tilfelle. Ut fra svarene har vi beregnet en gjennomsnittlig prosentvis oppfyllelse av brukertilfredsheten.

Gjennomsnittsverdiene fra 15 brukerintervju er satt opp i figur 3, og viser utviklingen i brukernes opplevelse av egen oppfølging ved starten og ved slutten av KPA-prosjektet

Den gjennomsnittlige brukertilfredsheten økte fra 60% til 70% i løpet av åtte måneder. Ut fra diagrammet ser vi at området *medvirkning i egen oppfølging* har hatt størst økning (20%). I KPA framheves brukers rett til medbestemmelse i egen oppfølging og til råderett i eget liv. Det er gledelig å kunne registrere at praktisk arbeid etter modellen fører til en positiv endring i brukernes opplevelse på dette området.

Brukernes opplevelse av å få dekket sentrale behov viser en mer begrenset økning på 10%. Dette bekrefter inntrykket fra registreringen av brukernes udekkede behov om at utvikling av tjenester og tiltak er en langvarig prosess (jmf. tabell 4).



Det er viktig å ha klart for seg at dette brukerintervjuet etterspør brukers erfaringer med hele sitt tjenestenettverk, og ikke spesielt erfaringer fra samarbeidet med koordinator. Det er likevel grunn til å anta at bruker er i en sårbar posisjon i forhold til å bedømme det tjenestetilbudet han/hun har behov for. Spesielt i starten av et samarbeid vil brukers svar i intervjuet kunne gjenspeile denne sårbarheten for eksempel ved at svarene er noe mer positive enn det er grunnlag for. Noen av koordinatorene har ved annen gangs utfylling av protokollen antydnet at bruker denne gangen svarte mer ærlig og realistisk enn ved første gangs utfylling. Forholdet mellom bruker og koordinator hadde utviklet seg til å bli tryggere og mer etablert i løpet av prosjektperioden.

4.1.8 Koordinatorenes programoppfyllelse

Den siste delen av evalueringsprotokollen inneholder en sjekklister for koordinators arbeid. Den er bygd over arbeidsmodellen og –programmet i KPA, og går gjennom viktige element i hver av koordineringsarbeidets hovedfaser:

- Etablering av kontakt med bruker og brukers tjenestenettverk
- Kartlegging av brukers ressurser, mål og behov
- Lage skriftlig plan

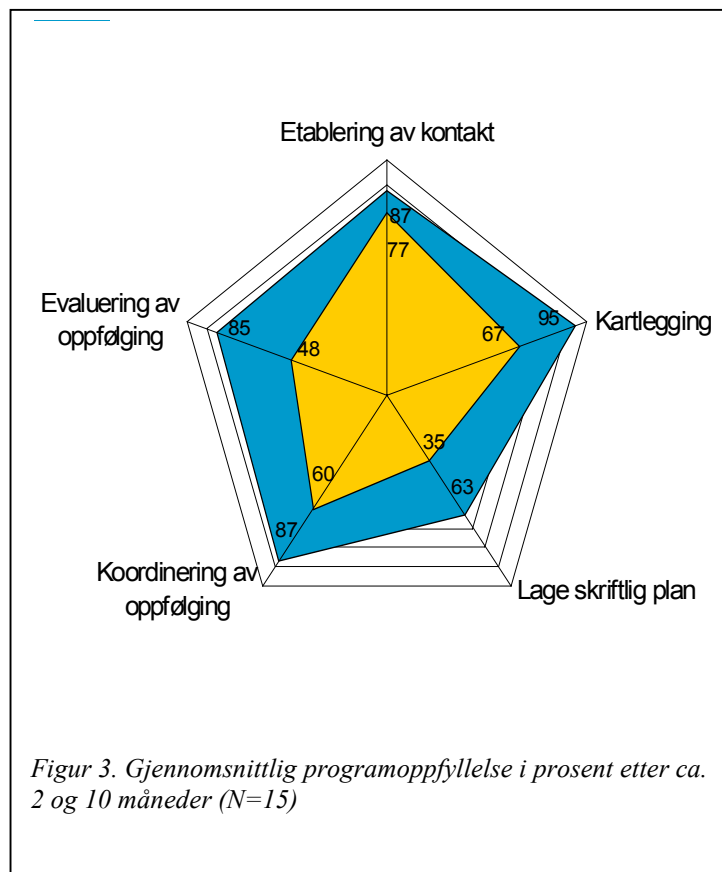
- Koordinering av oppfølgingen
- Evaluering av oppfølgingen

Koordinator skal vurdere om sentrale aktiviteter under hver fase er helt, delvis eller ikke oppnådd. 15 koordinatorene har fylt ut sjekklisten både ved første og annen gangs utfylling. Gjennomsnittsverdiene for hver hovedfase i arbeidsprosessen er beregnet prosentvis og vises i figur 4 under.

Den gjennomsnittlige programoppfyllelse for disse koordinatorene økte fra 57% til 83% på de åtte månedene som gikk fra første til annen gangs registrering. Det har vært en positiv utvikling på alle de fem hovedfasene i arbeidsprogrammet. Under *etablering av kontakt* utgjør økningen bare 10%. Vi vet at mange av brukerne og deres koordinatorene kjente hverandre før prosjektet startet opp, og vi ser av diagrammet at programoppfyllelsen var på 77% allerede ved første gangs registrering.

De øvrige fire fasene viser en gjennomsnittlig økning på mellom 27% og 37%, der *evaluering av oppfølgingen* utmerker seg med sterkest økning.

En del av resultatmålet for dette prosjektet var at ”*metodisk skal en utforme og gjennomføre arbeidet med individuelle planer for denne pasientgruppen*”. Utviklingen av 15 koordinatorenes programoppfyllelse tyder på at det i løpet av prosjektperioden har blitt arbeidet systematisk med grunnlaget for individuell plan for brukerne. Dette grunnlagsarbeidet har også gitt konkrete resultater i form av skriftlige planer. Diagrammet viser en gjennomsnittlig økning på 28% under området *lage skriftlig plan*. Både koordinatorene, veiledere og ledere bekreftet dette inntrykket gjennom muntlige framlegg på sluttkonferansen i prosjektet.



Figur 3. Gjennomsnittlig programoppfyllelse i prosent etter ca. 2 og 10 måneder (N=15)

Det er videre verdt å merke seg at *evaluering av oppfølgingen* er det området som hadde størst gjennomsnittlig økning for de 15 koordinatorene. Det kan tyde på at koordineringsarbeidet har vært en levende prosess der brukers egen opplevelse av situasjonen har dannet utgangspunkt for samarbeidet. KPA-modellen hviler på forutsetningen om at brukers liv og utvikling skal stå i sentrum for tjenesteytingen. Dersom brukere skal oppleve at hans/hennes mål danner utgangspunkt også for planarbeidet, er det helt nødvendig med regelmessig evaluering av både mål, aktuell situasjon, behov og samarbeid.

4.2 Evaluering av veiledningsgruppene

Evalueringsskjemaet (vedlegg 2) inneholder en del åpne spørsmål vedrørende læringsutbyttet for den enkelte. I tillegg ber vi koordinatorene krysse av for hvor enkelt eller vanskelig de har erfart at arbeidet var i hver enkelt fase av KPA-arbeidet.

Veilederne fikk utlevert evalueringsskjemaet første gang før sommerferien –03. Stiftelsen GRUK informerte om hensikten med skjemaet, og anbefalte at det ble brukt til en intern midtveisevaluering i hver veiledningsgruppe.

Mot slutten av prosjekts arbeidsfase ble skjemaet igjen delt ut til koordinatorene via veilederne. 19 koordinatører leverte utfylt skjema. Dette materialet er bearbeidet av Stiftelsen GRUK, og hovedlinjene i svarene på hvert spørsmål presenteres punktvis under.

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

- At brukermedvirkning er sentralt i arbeidet (7)
- At regelmessig og langvarig oppfølging har stor betydning (6)
- At tverrfaglig/-etatlig arbeid er viktig og nyttig (6)
- Systematisk arbeid etter KPA-modellen og om koordinatorrollen (5)
- Arbeidet med brukerne tar tid! (5)

Betydningen av brukermedvirkning i oppfølgingen er det svaret som går oftest igjen under dette punktet. En av koordinatorene skriver: *”Man kan ikke gi mer enn brukeren vil ta i mot. Godta at bruker har helt andre behov og er fornøyd med noe annet enn jeg hadde trodd”* En annen understreker at det er nødvendig å skille mellom egne ønsker for bruker og brukers eget syn på behov og ønsker.

Betydningen av målrettet arbeid blir også framhevet av mange. Én koordinator uttrykker det slik: *”Ryddige ansvarsforhold gir bruker trygghet i egen mestring, medvirkning i egen utvikling og bruk av ressurser”*. Svarene under dette punktet indikerer at veiledningsgruppene har vært en god arena for erfaringslæring. Koordinatorene har lært av hverandres ulike faglige og administrative tilknytning. Praktisk arbeid med utgangspunkt i KPA-modellen har gitt grobunn for nye erfaringer og mange refleksjoner har blitt bearbeidet i veiledningsgruppene.

2. Hva trenger du å lære mer om?

- KPA-modellen og koordinatorrollen (9)
- Det lokale tjenestenettverket (3)
- Om individuell plan og om lover og regler generelt (3)
- Mer teori om psykiske lidelser (2)

Nesten halvparten av de 19 koordinatorene oppgir at de trenger å lære mer om KPA og om koordinatorrollen. Det rapporteres om behov for å bli enda mer kjent med metodikken, fortsatt bevisstgjøring omkring valg av strategier i oppfølgingen og målsettingsarbeid. Én koordinator trenger mer erfaring i å koordinere tjenester, andre ønsker å jobbe videre med konkretisering av koordinatorrollen og de oppgavene den innebærer. Svarene synliggjør at arbeidet i KPA-prosjektet har satt i gang en prosess, og at mange koordinatører ønsker at denne må få rom til å fortsette.

Noen uttrykker også behov for mer teoretisk opplæring. Både innføring i lovverk/regelverk og teori om psykiske lidelser er nevnt i svarene. Tverrfaglige veiledningsgrupper med fokus på KPA-arbeidet utelukker selvsagt ikke andre former for læring. Konkrete tema egner seg som kjent godt til presentasjon på fagdager, kurs og seminarer. Kanskje det er mulig å organisere aktuelle felles kurs for med arbeidere i DPS og tilhørende bydeler, og på den måten understøtte samarbeidet som er etablert gjennom KPA-arbeidet?

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

- Godt klima. Lydhøre veiledere, stor takhøyde. Har lært mye av de andre i gruppen, spennende med tverrfaglighet. (13)
- Mye frustrasjoner pga frafall i gruppen/liten gruppe og stort arbeidspress/tidspress på medlemmene (4)
- Læringsutbyttet har vært lavt i forhold til tidsbruk og tidspress på jobben (2)

Godt over halvparten er entydige i sine positive kommentarer om læringsklimaet i veiledningsgruppen. Veilederne får tilbakemelding på at de ved sin åpne holdning har bidratt til å fremme læringen, og tverrfagligheten i gruppene blir framhevet. Dette ble fremhevet også gjennom flere muntlige framlegg på erfaringskonferansene.

Fire koordinatorene mener at rammebetingelsene rundt gruppen har påvirket klimaet negativt. Enkelte av gruppene ble svært små og sårbare pga. at medlemmer trakk seg tidlig eller uteble fra gruppen av andre årsaker. Noen opplevde også at situasjonen på arbeidsstedet var vanskelig, med stort arbeidspress, sykefravær og begrensede muligheter til å jobbe med koordinatorfunksjonen. Et par koordinatorene uttrykker at sammensetningen av veiledningsgruppene etter deres oppfatning var feil. De ville foretrukket en gruppe med felles faglig bakgrunn.

4. Hvilke endringer vil du foreslå for å gjøre veiledningen mer nyttig?

- Mer administrativ tilrettelegging av KPA-arbeidet (7)
- Tydeligere struktur og planlegging av veiledningsarbeidet (7)
- Mer konkret arbeid med det metodiske i KPA-modellen (5)
- Mer teori om målgruppen (1)
- Dra mer nytte av tverrfagligheten (1)
- Faggruppebasert veiledning (1)

Under dette punktet kommer koordinatorene med konkrete, konstruktive forslag for videre arbeid med veiledningsgrupper. De fleste ønsker seg en fastere veiledningsstruktur og fortsatt arbeid med KPA-modellen, og kommer med ulike forslag til hvordan dette kan gjøres. Videre pekes det på sammenhengen mellom utbytte av veiledningen og administrativ tilrettelegging, bl.a. etterlyser noen koordinatorene mer informasjon om KPA ut i tjenestesystemene.

Det er verdt å minne om at hele læringsnettverket har vært gjennom et *opplæringsprosjekt* i KPA. Opplæringsens hovedfokus har ikke vært teoriundervisning, men bearbeidning av erfaringer. Koordinatorernes vurdering av veiledningsgruppene og deres forslag til endringer er en viktig del av dette bearbeidingsarbeidet. Derfor bør forslagene tolkes nettopp som uttrykk for erfaringer vunnet gjennom et års godt arbeid, og som derfor kan gi grunnlag for å føre læringsnettverket videre i prosessen.

Koordinatorene ble også spurt om hvor vanskelig det var å gjennomføre de enkelte faser i KPA-arbeidet sammen med sin bruker. Svaralternativene var lett, middels vanskelig og vanskelig. I skjemaet var det også plass til kommentarer under hvert punkt som skulle krysses av. Svarene vises under i tabell 4.

Tabell 4. Koordinatorernes vurdering av fasene i arbeidsprosessen (N=19)

Faser i KPA- arbeide	Lett	Middels vanskelig	Vanskelig	Ikke utført	Ubesvart
Avklare rolle og ansvar som koordinator	5	9	4	1	0
Utvikle relasjon til brukeren	16	1	2	0	0
Sikre forholdet til tiltaksnettverket	9	5	4	0	1
Kartlegge brukers situasjon og personlige ressurser	11	7	1	0	0
Kartlegge mål og behov	3	10	6	0	0
Velge strategi og planlegge oppfølgingen	5	9	4	1	0
Koordinere tiltak	4	10	5	0	0
Vurdere resultat og justere planer	4	7	5	3	0

Tabellen viser at *utvikling av relasjon til bruker* vurderes som den enkleste av fasene i arbeidsprosessen. Det samsvarer godt med resultatet fra registreringen av koordinatorenes programoppfyllelse, der etablering av kontakt i stor grad var utført allerede ved første gangs registrering. Det kan bl.a. skyldes at mange av koordinatorene kjente brukeren fra før. Å *kartlegge brukers situasjon og ressurser* var det heller ikke mange som fant vanskelig.

Kommentarene som er gitt viser at det i hovedsak er tre forhold som har gjort det vanskelig eller middels vanskelig å gjennomføre de ulike fasene:

1. Det var krevende å avklare koordinatorrollen, særlig dersom koordinator også hadde en nær faglig rolle overfor sin bruker. Problemer med å skille de ulike rollene fra hverandre oppstod både for bruker og for koordinator. Dette er et arbeid som tar tid.
2. Utilstrekkelig informasjon i tjenestesystemene og utilstrekkelig administrativ tilrettelegging gjorde det konkrete koordineringsarbeidet vanskelig. Det er her viktig å understreke at også arbeidet med å forankre KPA er en prosess som må gå over lang tid. Koordinatorenes erfaringer gjennom opplæringsprosjektet gir verdifull informasjon om noen utfordringer på dette området.
3. Noen av brukerne opplevde dårlige perioder i løpet av prosjektet. Sykehusinnleggelse og ustabile perioder der bruker ikke kunne holde eller gjennomføre avtaler førte til at koordineringsarbeidet stoppet opp eller gikk sakte. Flere av brukerne i prosjektet har tunge og omfattende problemer. Noen koordinatører arbeidet hovedsakelig med å etablere en god allianse med bruker gjennom hele prosjektperioden, og muligheten for å komme videre i samarbeidet kom først ved prosjektets avslutning. Dette viser at koordinering ikke er en strømlinjeformet prosess. Skal brukers liv og utvikling stå i sentrum for arbeidet, må farten og takten avpasses til brukers aktuelle situasjon. Koordineringsarbeid går ikke fortene enn brukeren.

5.0 Erfaringer fra bydelene

I prosjektets avslutningsfase ble det gjennomført en erfaringskonferanse i hver bydel. Koordinatorene, tilretteleggerne og veilederne presenterte her sine erfaringer fra opplæringsprosjektet. Dette kapitlet inneholder en oppsummering av erfaringene. Oppsummeringene presenteres samlet, men på noen områder vises det til konkrete utsagn fra hver av de tre bydelene.

5.1 Erfaringer fra tilretteleggerne i bydelene

Fra de tre bydelene var det oppnevnt til sammen fire tilretteleggere, bydel Helsefyr-Sinsen valgte å utpeke to personer til denne funksjonen. I bydelene Bjerke og Grefsen-Kjelsås var tilretteleggerne psykiatrikoordinatorer, med faglig ansvar for det psykiske helsearbeidet i sin bydel. Tilretteleggerne fra Helsefyr-Sinsen var begge linjeledere for hver sitt virksomhetsområde. De hadde administrativt ansvar i tillegg til faglig ansvar.

Vi erfarte at tilretteleggerfunksjonen utviklet seg noe ulikt i de tre bydelene. I Bjerke og Grefsen-Kjelsås rapporterte tilretteleggerne om regelmessig kontakt med bydelens lederteam, og om god forankring av prosjektet på ledernivå. Koordinatorenes nærmeste overordnede hadde vekslende forståelse for, og muligheter til, å gi det daglige KPA-arbeidet gode rammebetingelser, men tilrettelegger kunne ved behov melde praktiske utfordringer videre til neste ledernivå. De kunne fortelle om en del smidige løsninger og fleksible møter i sine bydeler. I Helsefyr-Sinsen opplevde de to tilretteleggerne at kravet om å gå tjenestevei i linjeorganisasjonen ble en hindring for deres arbeid i prosjektet. Når problemer og utfordringer oppstod, var tilretteleggerne avhengige av å få forståelse for problemene fra sine nærmeste overordnede. Det var svært vanskelig å gå videre til bydelens øverste ledelse dersom denne forståelsen manglet. Tilretteleggerne mente at en klarere lokal prosjektorganisering hadde vært en fordel, de konkluderte med at *"prosjektorganisering hadde ført til klare linjer og hadde gjort oppfølgingen lettere"*.

Alle fire poengterer at forankringsarbeidet har vært viktig, men at det har vært en krevende prosess i en travel hverdag. Vedtak om å sette i gang KPA-prosjektet ble fattet av øverste ledelse i bydelene, men det var uklart hvilke forpliktelser vedtaket innebar for organisasjonene og for ledere på ulike nivå. Forankring betyr altså ikke først og fremst at et formelt vedtak er fattet, men at vedtaket må følges opp i hverdagen. Det må arbeides fortløpende med informasjonsflyt, rammebetingelser for koordinatorene og utvikling av rutiner som ivaretar det praktiske arbeidet.

Informasjon om koordinatorrollen og arbeid med å motivere medarbeidere til å gå inn i dette arbeidet viste seg å være et sentralt område for tilretteleggerne. Der koordinatorene opplevde at de ble presset inn i rollen, viste det seg at motivasjonen for arbeidet fortsatte å være lav. Flere av de "motvillige" valgte å trekke seg ut av prosjektet ganske raskt. Motiverte koordinatorer viste seg å være en nøkkelfaktor for å komme videre i arbeidet.

Mange av erfaringene som ble vunnet gjennom prosjektet er felles for de fire tilretteleggerne. Alle har erfart at samarbeidet mellom ulike tjenesteområder innen bydelen, og mellom bydel og spesialisthelsetjenesten har blitt bedre. Én av dem sa: *"Jeg synes personlig at prosjektet har vært lærerikt og spennende. For meg har det blitt en erfaring å bli kjent med andre tjenestesteder og bydeler og med andrelinjetjenesten."*

Prosjektet har gitt økt trygghet i forhold til arbeidet med individuelle planer. Det har blitt klarere hva som er sentralt i planprosessen, dette har blitt synlig i koordinatorenes arbeid underveis. Mer kjennskap til tjenestetilbudene og nærmere samarbeid mellom bydel og DPS har også hatt betydning for dette arbeidet.

Koordinator for psykisk helsearbeid Guri Yttreland var tilrettelegger i prosjektet. Hun har skrevet en kort, oppsummerende rapport fra sitt arbeid. Den gjengis her i sin helhet, og danner avslutningen på avsnittet om tilretteleggerens erfaringer.

Rapport fra tilrettelegger i KPA- prosjektet - Bydel Grefsen-Kjelsås

Vi startet opp i prosjektet november -02. Jobben som tilrettelegger var i gang.

Det har vært mange møter og mange seminarer. Mye nyttig læring og interessante diskusjoner. Det har vært mye å gjøre i forhold til praktiske oppgaver. I en travel hverdag har det ikke bestandig vært lett å sette av tid til dette. I gjennomsnitt har jeg brukt fra en til en halv dag i uken på dette arbeidet. Har variert mye fra uke til uke og også i ferier selyfølgelig.

Vi samlet 12 koordinatorene som var bredt tverrfaglig sammensatt. Nettopp denne tverrfagligheten har vært til stor nytte for bydelen og de som jobber der. Nytteverdien av dette ser også ledelsen på som veldig fruktbar.

I løpet av året har en koordinator sluttet, en helsesøster. Dette på grunn av at det var vanskelig å finne bruker og/eller få allianse med bruker. KPA- verktøyet var heller ikke tilrettelagt for barn og unge. Hovedønske hos deltakerne i prosjektet var å lære å skrive en individuell plan. Dette var også premisset for administrasjonen i bydelen for å gå inn i prosjektet. Erfaringen etterpå tilsier at flere har fått planer og det er lettere med oppstart av disse. Et bedre samarbeid med 2.linjen ift. indiv.planer er også et resultat av dette prosjektet. Alle er obs på individuell plan og forespørsel om dette går begge veier. Metoden har lært oss å arbeide i prosess sammen med brukeren slik at brukeren får en bedre livskvalitet med egne mål, og å gi veiledning og råd for å nå disse. Koordinator skal være den nære personen som hjelper å manøvrere i tjenesteapparatet. Bydelen har i dette arbeidet fått et bedre og nærmere samarbeid med DPS og sykehuset, og ikke minst en økt forståelse for hverandres arbeid.

Rammebetingelsene har vært varierende sett i forhold til hvor koordinatorene hadde sitt daglig arbeid. Hos noen har det ofte vært vanskelig å gi plass til dette arbeidet i en travel hverdag. Dette og lojalitet til andre arbeidstakere har vært avgjørende for deltakelsen i veiledningsgruppene og i utførelsen av metoden.

Prosjektet har vært bra forankret hos ledelsen i bydelen. Tilrettelegger har jevnlig orientert sin leder, bydelsoverlegen, som igjen har oppdatert de andre avdelingssjefene. Tilrettelegger har i løpet av prosjektet vært en gang i styringsgruppa på DPS for å orientere om framgangen i arbeidet i vår bydel.

Vi har diskutert hvordan vi best kan videreføre denne kunnskapen inn i fremtiden. Sogn bydel avsluttet samme prosjekt for en tid tilbake. Vi ønsker å sette i gang nye veiledningsgrupper i vår nye bydel hvor bruk av metoden vil stå sentralt. Det er avgjørende at vi da får med oss DPS og at det blir forankret i ledelsen.

I ettertid ser jeg som tilrettelegger at ting kunne vært gjort annerledes. Mer kunnskap om metoden i forkant hadde gjort det lettere å støtte/veilede koordinatorene. At GRUK kanskje også kunne vært mer tilgjengelige ute i felten og inn i veiledningsgruppene av og til, tror jeg hadde vært en fordel. Det har i løpet av prosjektet vært flere heldagsseminarer. Noen av disse kunne med fordel bare vært på en halv dag.

I arbeidet som tilrettelegger har det vært vanskelig å få med seg Aetat og trygdekontor. De var tilstede på det første seminaret, men har siden vært fraværende. Dette er samarbeidspartnere som vi ønsker å samarbeide med ift. tiltak, arbeid og lignende for våre brukere. Det er en stor mangel på slike tilbud i vårt nærmiljø. Dette er noe vi ønsker å utvikle mer inn i det nye året. Takk for samarbeidet!

5.2 Erfaringer fra brukere og koordinatorene

I flere KPA-prosjekt har noen brukere vært til stede på erfaringskonferansene og lagt fram sine erfaringer med å ha koordinator og bli fulgt opp etter KPA-modellen. Slik ble det ikke i dette prosjektet, men brukernes erfaringer kom fram delvis via koordinatorene og delvis gjennom et åpent felt i den siste utfyllingen av evalueringsprotokollen. Der stilte vi brukerne følgende spørsmål:

1. Hva har du opplevd som mest positivt med KPA?
2. Hva synes du vi bør forbedre i KPA-arbeidet?

11 brukere har svart på det første spørsmålet. Svarene som kom fram blir bekreftet av hva koordinatorenes rapporter fra samtaler med sine brukere.

Det brukerne har opplevd som mest positivt fordeler seg på to hovedpunkt, kvaliteten på tjenestetilbudet og kontakten med koordinator.

Litt over halvparten av utsagnene dreier seg om kvaliteten på tjenestene. Det uttrykkes på følgende måter: *"Fornøyd med samarbeidsgruppen, og koordinering. Strukturer lagt i hverdagen"* En annen sier seg fornøyd med at koordinator hjelper til med å holde kontakten med de andre hjelperne; hjelper til med å si fra til de andre hva som er nødvendige tjenester. Én sier: *"Opplever at tjenestetilbudet har blitt bedre, og at det er lettere å få hjelp til det som er nødvendig"* Flere legger vekt på at opplegget gir en følelse av å jobbe strukturert og målbevisst. Et siste utsagn framhever arbeidsredskapene i KPA: *"Opplever at kartleggingsredskapet er et godt utgangspunkt for å tenke helhetlig - alle livsområder."*

Resten av brukerne som har svart legger mest vekt på forholdet til koordinator, og den trygghetsfølelsen det har skapt. *"Er fornøyd med å ha hatt en å snakke med, gjøre ting som er vanskelige sammen med"* er en av brukernes måte å uttrykke dette på. Én koordinator opplevde at hennes bruker døde sent i prosjektperioden. Koordinator erfarte at hennes bruker var flink til å ordne opp selv, og hun var svært usikker på om hennes rolle hadde noen som helst betydning for bruker. Hun fikk mulighet til å spørre bruker om dette, og til hennes overraskelse fikk bruker tårer i øynene av spørsmålet. *"Du aner ikke hva du har betydd for meg!"* var svaret hun fikk. Denne brukeren var tydeligvis i stand til selv å ta hånd om mye av det konkrete arbeidet med egen oppfølging, men opplevde at koordinator var en helt nødvendig støtteperson i hennes egen prosess.

Flere koordinatorene kunne fortelle om hva brukerne formidlet av erfaringer. Kontinuiteten og forutsigbarheten som kommer av å ha en personlig koordinator ble framhevet av mange. En av koordinatorene forteller: *"Bruker vet hvem han skal henvende seg til. Han kan snakke med koordinator for å få oversikt over hvem som gjør hva. Bruker er fornøyd."*

Noen koordinatorene kunne fortelle om brukere som trengte lang tid på å bli trygg på sin koordinator. På grunn av KPA sitt hovedfokus, brukers rett til å bestemme farten på arbeidet, fikk koordinator trygghet til å stå i denne prosessen sammen med sin bruker. En av koordinatorene kunne fortelle at hennes bruker like før erfaringskonferansen i bydelen hadde bedt henne om å begynne å fungere som koordinator. Den nødvendige tilliten var opparbeidet, blant annet fordi koordinator hadde tålmodighet til å vente til bruker var klar for neste skritt i samarbeidet.

Tre brukere uttalte seg gjennom evalueringsprotokollene om hva de ønsket skulle bli bedre. En av disse tre sier: *"Mer struktur og tydeligere fremdriftsplan. Konkret gjennomgang av verktøyene fram mot individuell plan"*. Dette utsagnet ligner på koordinatorenes forslag til forbedringer av veiledningsarbeidet. Det er interessant at koordinatorene og en bruker har sammenfallende synspunkter på hva som bør forbedres framover.

De to andre kommentarene fra brukere under punktet om forbedringer gikk på et ønske om at koordinator skulle ha bedre tid til dette arbeidet.

Flere koordinatorene formidlet at arbeid med rollen som koordinator har vært en krevende prosess. Det har blitt arbeidet med rolleavklaringer i veiledningsgruppene og i forhold til brukerne. Én formidlet at det har vært avklarende og bevisstgjørende å bruke KPA-modellen, det har ført til at koordinator i større grad tar ansvar for organisering og koordinering og delegerer enkeltoppgaver til tiltaksnettverket. Rollen som koordinator gir autoritet! Modellen setter også fokus på ansvarliggjøring, og gir "et spark bak" til å jobbe med individuelle planer.

Avklaring av koordinatorrollen er en viktig prosess også for tjenestesystemene. I prosjektet har mange koordinatorene opplevd å bli møtt på en åpen og positiv måte av samarbeidspartnere. Kontakten med brukers tjenestenettverk er avgjørende for om bruker får et godt, samlet tilbud. En av koordinatorne presiserte at det er viktig å bli tatt på alvor i koordinatorrollen når det skjer ting rundt bruker, *"at man ikke blir avvist fordi man ikke er psykiater"*.

Bevisstgjøringsarbeid i forhold til egen rolle og funksjon involverer også andre viktige diskusjoner, som for eksempel vår holdning til brukers medvirkning i egen oppfølging. En av koordinatorne forteller at for ham var koordinatorrollen kjent fra eget arbeidsfelt. Arbeidsmodellen var imidlertid ny. Han oppsummerte forskjellen mellom KPA og andre modeller han kjente slik: *"I andre prosjekt evaluerer vi ikke systematisk effekten av arbeidet vi gjør. Brukerperspektivet er sterkere i KPA; vi lager en plan for, og sammen med, bruker. Vi lager ikke en plan for prosjektet"*.

Koordinatorne som samlet gruppe gav en bortimot utvetydig positiv tilbakemelding på den tverrfaglige/-etatlige sammensetningen i prosjektet. For mange var det en ny erfaring å jobbe i så bredt sammensatte veiledningsgrupper, de fleste framhevet dette som en av de viktigste erfaringene i prosjektet. Gruppemedlemmene ble kjent med hverandres faglige og administrative ståsted, kunne lære av hverandre og utvikle større respekt for hverandre. Det å bli kjent med hverandre og hverandres arbeidsområder var verdifullt også for det direkte arbeidet med brukerne. En av koordinatorne sa det slik: *"Lagarbeidet mellom koordinator og resten av tjenestenettverket er avgjørende. De ulike "delsannhetene" om bruker kan deles av samarbeidspartene og bruker i stedet for at alle sitter på hver sin tue"*.

Rammebetingelsene for KPA-arbeidet var ikke like tilfredsstillende for alle koordinatorne. Spesielt krevende var det for koordinatorene som arbeidet i turnus i hjemmetjenestene. De opplevde at det var vanskelig å få satt av tid til koordineringsarbeidet og til veiledningstimene. Når de gikk fra sine fagspesifikke oppgaver ble belastningen ved dette lagt over på kolleger, og på arbeidsplasser med mye sykefravær og stramme tidsplaner kunne dette oppleves svært vanskelig. En viktig tilbakemelding fra koordinatorne går ut på at det må settes av tilstrekkelige ressurser til dette arbeidet. Det må ikke bli den enkelte koordinator ansvar å prioritere mellom KPA-arbeidet og sitt eget arbeidssted.

En av koordinatorne har oppsummert sitt arbeid med KPA slik: *"KPA-modellen var et godt arbeidsredskap. Problemer og ressurser ble synliggjort, lettere å gripe tak i. Bruker ble også motivert til å jobbe videre med problemområder, og mer bevisst sine positive sider. Hun er åpen, trygg, og følte at det var godt med en fast kontaktperson; en å prate med, dele tanker og bekymringer med. Hun syntes også det var godt å ha en koordinator som kunne formidle kontakt; støtte og formidle hennes tanker og behov i dagliglivet. Hun ble også bedre informert om tjenestetilbudet i bydelen og hvordan det fungerte. Et problem er tidspress. KPA-modellen er stor og omfattende. Brukere med psykiske lidelser er ofte urolige, med liten evne til konsentrasjon. Det krever derfor mye tid i en presset arbeidsdag."*

6.0 Erfaringer fra Sinsen DPS

Forankringen av prosjektet ved Sinsen DPS har vært god, tilrettelegger har erfart at arbeidet ble fulgt med interesse fra ledelsen og medarbeidere. Overlegen ved Sinsen DPS har hele tiden vært en varm forkjemper for prosjektet. Hun sier: *"Dersom ikke Sinsen DPS hadde opparbeidet et godt og konstruktivt samarbeid på administrativt plan med våre bydeler gjennom faste møter mellom bydelsdirektørene, bydelsoverlegene og avdelingsledelsen på Sinsen DPS, tror jeg ikke vi hadde fått gjennomslag for dette felles prosjektet.Nå gjelder det bare for Sinsen å brette opp ermene og føre dette utmerkede "arbeidsredskap" videre vis a vis til dels nye samarbeidspartnere."*

Tilrettelegger opplevde stor interesse fra sine kolleger da hun skulle rekruttere veiledere, og veiledergruppen har stort sett vært svært stabil gjennom hele prosjektet. Tilrettelegger fungerte også selv som veileder, og opplevde i perioder at arbeidsmengden i prosjektet var stor. Rammebetingelsene for arbeidet var stort sett gode, både for tilrettelegger og for veilederne. Ledelsen var oppmerksom på at tid og ressurser måtte settes av til dette arbeidet.

Alle veilederne uttrykte at de hadde lært mye om bydelene gjennom det jevne arbeidet i veiledningsgruppene. Kontakten med mange ulike faggrupper ble framhevet som svært nyttig. Respekten for samarbeidspartnere i bydelene økte i takt med økt kunnskap om, og innsikt i, de krevende og mangfoldige oppgavene som må løses i førstelinjen. Et nærmere samarbeid mellom DPS og bydelene er ett konkret resultat av denne "bli kjent - prosessen". At tre av veilederne kom fra Gaustad sykehus ble også vurdert som svært positivt av alle veilederne. Det har stor betydning at alle involverte forvaltningsnivå deltar i en slik læringsprosess. Brukerne har i perioder behov for tjenester også fra sykehusnivået, og det blir derfor viktig å ha dette med også i videre utviklingsarbeid.

6.1 Erfaringer fra veiledningen

"I begynnelsen av veiledningen slet alle veilederne med å skille mellom "vanlig" veiledning og veiledning i KPA-modellen. At vi i tillegg kunne like lite om modellen som dem vi skulle veilede føltes ganske rart. Hva var det egentlig veiledningen skulle dreie seg om?"

...Det tok tid å klare å holde riktig fokus. En vanlig veiledning vil fokusere mer på innholdet i relasjonen til bruker, faglige dilemmaer, spørsmål og undringer. En helt entydig KPA-veiledning dreier seg først og fremst om hvor i modellen man står fast. Samtidig følte vi veiledere at koordinatorene tidvis sto oppi situasjoner som krevde forskjellige tilnærminger. En gruppe brukte for eksempel mye tid på å fokusere på hva brukermedvirkning egentlig innebærer. Og vår gruppe brukte en time til undervisning om angst. Så vi har vært litt høyt og lavt. Jeg tror mange av veilederne allikevel kom dit at veiledning i KPA-modellen er en form for metodeveiledning som er konkret, rådgivende og gir en struktur som er et godt grunnlag for en individuell plan.

Men KPA dreier seg ikke bare om individuell plan. Den dreier seg også i høyeste grad om brukermedvirkning, og ikke minst om rollen som koordinator. ...Til slutt vil jeg si at vi som veiledere har sett hvor viktig det var at KPA-gruppene var tverrfaglig sammensatt, nettopp fordi psykososialt arbeid handler om et tverrfaglig samarbeid som skal trekke i samme retning."

Dette utdraget er hentet fra en oppsummering som ble framført på sluttkonferansen på vegne av alle veilederne. Innholdet ble understøttet og nyansert av innlegg fra de ulike veilederne på erfaringskonferansene i bydelene.

De fleste veilederne ønsker å fortsette med denne formen for veiledning. På tross av, som en av veilederne uttrykte det, frustrasjoner og vanskelige prosesser i gruppen underveis i prosjektet. Veilederne

sier videre at de har lært av sine erfaringer på godt og vondt, og noen ting vil de gjøre annerledes i fortsettelsen. Blant annet opplever mange at arbeidet med KPA må forenkles. Det blir mange papirer og skjema å forholde seg til. Flere veiledere mente likevel det var bra å bruke hjelpeverktøyene aktivt i opplæringsprosessen. Etter hvert kan papirene brukes som oppslagsverk etter behov.

Ved slutten av prosjektperioden var det en almen oppfatning blant veilederne at tiltakene rundt den enkelte bruker har blitt mer stabile, forutsigbare og forpliktende som en følge av arbeidet i prosjektet.

Bilder fra sluttkonferansen:



Tilretteleggergruppen er samlet.

Fra venstre Guri Yttreland (Grefsen-Kjelsås), Kirstin Aarø (SinsenDPS), Karin Berg (Helsfyr-Sinsen), Lillian Saxegaard(Bjerke) og Hanne Nilsen(Helsfyr-Sinsen)



To fornøyde pådrivere: Avd. overlege Inger Johanne Wallø og tilrettelegger Kirstin Aarø, Sinsen DPS.

7.0 Videreføring av erfaringene fra KPA-prosjektet

Hvordan kan man videreføre gode erfaringer i en verden som stadig endrer seg? Den store bydelsreformen i Oslo kommune har hatt store konsekvenser for to av bydelene i prosjektet. Bydel Helsfyr-Sinsen oppløses, personell og tjenester fordeles på tre nye bydeler. Organisasjonen som dannet rammene for arbeidet i prosjektet blir helt borte. Bydel Grefsen-Kjelsås slås sammen med bydel Sogn og skal starte opp et samarbeid med Josefinesgt. DPS. Samarbeidsrelasjonene mellom bydelen og Sinsen DPS blir dermed avsluttet. Bydel Bjerke skal fortsatt eksistere i sin nåværende form, og bydelen skal fortsatt samarbeide med Sinsen DPS.

Helseforetakene er også i en omorganiseringssprosess, og det er pr. i dag uvisst hvilke konsekvenser dette vil få for Sinsen DPS.

Til tross for store strukturendringer og mange organisatoriske utfordringer hadde deltakerne i prosjektet mange tanker om hvordan erfaringene fra prosjektet kan videreføres.

Sinsen DPS

Ledermøtet har gitt føringer for videre arbeid, og har slått fast at denne måten å jobbe på er verdifull. Samhandlingen mellom DPS og tilhørende bydeler må utvikles videre. KPA-arbeidet må videreføres fra å være et prosjekt til å bli en innarbeidet måte å arbeide på i organisasjonen. Prinsipper for videreføringen skal nedfelles i virksomhetsplanen for 2004.

I forhold til bydel Bjerke, som fortsatt skal samarbeide med Sinsen DPS, er det inngått konkrete avtaler om fortsatte veiledningstjenester med vekt på KPA.

Bydel Bjerke

Bydelen beholder sin nåværende organisering og sin tilknytning til Sinsen DPS. Bydelsdirektøren ønsker å ta i bruk KPA-modellen også i forhold til andre brukergrupper med sammensatte tjenestebehov.

Bydelen har forpliktet seg til videreføring av KPA-arbeidet gjennom Plan for psykisk helse 2004 - 2008 og gjennom retningslinjene for et internt tverretatlig utviklingsprosjekt. Det er satt av budsjettmidler for 2004.

Bydel Grefsen-Kjelsås

Det har blitt diskutert hvordan erfaringene fra prosjektet best kan videreføres. Bydel Sogn deltok i et tilsvarende KPA-prosjekt som ble avsluttet i 2002. Det er et felles ønske fra de to bydelene at det settes i gang nye veiledningsgrupper der KPA-modellen står sentralt. Det er avgjørende at arbeidet fortsatt forankres i den nye bydelens ledelse og at Josefinesgt. DPS kan bidra med veiledere og samarbeid.

Bydel Helsfyr-Sinsen

Bydelsledelsen mener det er viktig at erfaringene og kompetansen som er vunnet i KPA-prosjektet blir tatt med inn i de tre nye bydelene. Dette har de nye bydelsledelsene et overordnet ansvar for, men den enkelte medarbeider som har deltatt i prosjektet må også ta ansvar. Samarbeidet og kommunikasjonen, spesielt mellom bydelene og spesialisthelsetjenesten, må utvikles videre. Det vil fortsatt være behov for veilederressurser fra DPS-nivå. Prosjektet har bidratt til å gi deltakerne økt innsikt i hverandres hverdag. Det må fortsatt jobbes videre med koordinering og samordning av tjenestene, i tillegg må det holdes et høyt faglig nivå. KPA er et viktig redskap som koster lite i forhold til resultatet.

8.0 Konklusjon og anbefalinger

Dette prosjektet har resultert i et mylder av erfaringer fra alle som har deltatt. Vi skal nå prøve å trekke disse erfaringene sammen til en konklusjon. Har all innsatsen fra så mange mennesker bidratt til at målsettingen for prosjektet er oppnådd? Det langsiktige målet, hovedmålet, var å sikre et individuelt tilpasset, koordinert tjenestetilbud til brukere med psykiske lidelser og sammensatte tjenestebehov. Resultatmålet fra prosjektets styringsgruppe fokuserte på innføring av KPA som arbeidsmodell for brukere som bor i bydelene, slik at arbeidet med individuelle planer for denne gruppen kunne bli utformet og gjennomført på en metodisk måte.

KPA er gammelt nytt, vil mange si. Velkjent stoff, lett å forstå, men ikke så enkelt å få til i praksis. Det dreier seg om å få til en samlet arbeidsprosess der den enkelte brukers liv og utvikling står i fokus. Det innebærer at alle tjenesteytere og tjenestenivå som er involvert må se på seg selv som støttespillere til brukers egen prosess og som derfor er villige til å trekke i samme retning. Har dette skjedd i prosjektperioden?

Vi velger å se nærmere på dette i lys av tre sentrale element i KPA-modellen (jmf. kap. 2):

1. *En felles arbeidsmodell for oppfølging av brukere med sammensatte tjenestebehov.*

Vi trenger en felles rammemodell for ulike tjenestesteder og faggrupper, slik at vi kan utvikle en felles forståelse av hva oppgavene i forhold til den enkelte bruker består i. Rammemodellen kan fylles ut med forskjellige verktøy og metoder, alt etter hvem som er involvert i arbeidet og brukers ressurser, mål og behov. Arbeidsmodellen i KPA er en slik rammemodell, og den er velkjent for mange tjenesteytere. Utfordringen er ikke først og fremst å lære denne modellen, men å gjøre den om til et felles arbeidsredskap, å bruke modellen i praksis slik at den enkelte bruker står i sentrum og beholder råderetten over eget liv selv om mange tjenesteytere og forvaltningsnivå er inne i bildet.

Deltakerne i prosjektet forteller om medarbeidere både i bydelene og i spesialisthelsetjenesten som har lært noe nytt om hverandre, og som har fått økt respekt for hverandres arbeidsområder. Arbeidsmodellen i KPA er tatt i bruk av mange faggrupper og i ulike settinger. Brukere og koordinatorene har opplevd at tjenestene rundt den enkelte nå henger bedre sammen, og at systematisk og målrettet arbeid med utgangspunkt i brukers opplevde behov fremmer utviklingen av individuelle planer. Konklusjonen er at målet med prosjektet har kommet nærmere.

Bydelene og Sinsen DPS står overfor mange utfordringer i tiden framover, men erfaringene fra prosjektet har gitt oss grunnlag for å si at videre arbeid med å utvikle en felles arbeidsmodell vil gi gode resultater for brukere som har behov for koordinerte tjenester.

2. *Praksisnær opplæring av medarbeiderne.*

I prosjektet har læringen hovedsakelig foregått i tverrfaglige, tverrsektorielle veiledningsgrupper. Veiledningsgruppene skulle støtte koordinatorene i å følge KPA-modellen og arbeidsprogrammet i sitt arbeid med brukere. Sammensetningen av gruppene skulle også legge til rette for at gruppemedlemmene lærte av hverandre. Veiledere og koordinatorene var både lærere og elever i denne sammenheng.

Vi tror denne måten å organisere opplæring på støtter opp under en langsiktig prosess med å utvikle en felles arbeidsmodell. Tilbakemeldingene etter prosjektet er nærmest entydige på dette området. Tverrfaglige veiledningsgrupper med veiledere fra spesialisthelsetjenesten har vært svært viktige for å få til en mer koordinert oppfølging av brukerne.

Veiledningsgruppene har også bidratt til ny kunnskap og forståelse mellom faggrupper og forvaltningsområder. Læringsprosesser er alltid frustrerende i perioder, men vi kan lese ut av erfaringene fra prosjektet at veiledningen har ført til konkrete resultater i form av nærmere samarbeid mellom bydel og DPS, avklaring av roller og ansvarsområder og mer sammenhengende oppfølging av brukerne.

Vi mener å ha fått bekreftet at veiledning er et nødvendig virkemiddel i arbeidet med å utvikle en felles arbeidsmodell for å sikre prosessen rundt arbeid med brukerne og med individuelle planer. Derfor slutter vi oss til prosjektdeltakernes anbefaling om at tverrfaglige veiledningsgrupper med veiledere fra spesialisthelsetjenesten må videreføres.

3. **Organisatorisk forankring av arbeidet.**

Både bydeler/kommuner og DPS/helseforetak må forholde seg til sentrale føringer når det gjelder retten til individuell plan og brukervedvirkning. KPA-modellen er prøvd ut gjennom lang tid, og erfaringene tyder på at den er virksom, blant annet i forhold til å oppfylle disse sentrale føringene.

Utfordringen for ledere på ulike nivå i bydeler og DPS ligger derfor ikke i å gi sin formelle tilslutning til et opplæringsprosjekt i KPA. Den krevende oppgaven lederne har består i å tydeliggjøre at dette arbeidet er prioritert, både faglig og økonomisk. KPA-arbeidet må forankres i organisasjonenes daglige arbeid. Det innebærer blant annet at arbeidet må anerkjennes synlig og konkret, og det må utvikles gode rammebetingelser og rutiner for arbeidet.

Prosjektet har vist oss at også forankringsarbeidet er en prosess. Rammevilkårene for koordinatorene har variert, og det er en lang vei å gå før faglige og organisatoriske forhold ligger slik til rette at KPA-arbeidet er en selvfølgelig del av tjenestesystemene. Erfaringskonferansene har bidratt til å synliggjøre mange konkrete erfaringer som nå kan tas med videre i virksomhetenes planprosesser.

Koordinatorerne erfarte i sitt arbeid med brukerne at ”Ting Tar Tid”. Det blir viktig å ha denne erkjennelsen i mente også når det gjelder utvikling i store, komplekse organisasjoner. Deltakerne i prosjektet står nå overfor store ytre utfordringer i form av omorganiseringer. Erkjennelsen av at forankringsarbeidet er en prosess blir ikke mindre viktig i denne situasjonen.

Den enkelte deltaker i prosjektet har opparbeidet seg kompetanse og kunnskap som tas med videre, uavhengig av forandring i ytre rammer for arbeidet. Virksomhetsledere og toppledere har et ansvar for å ivareta denne kompetansen. Måten det gjøres på er avhengig av lokale forhold.

KPA-prosjektet har betydd ett års opplæring for alle som har deltatt. Opplæringen har vært konsentrert om en arbeidsmodell, men en like viktig del av læringen finnes i alle erfaringene som er høstet underveis. Hovedutfordringen har vært å gjøre de konkrete tingene som er nødvendige for at brukerne skal få et sammenhengende tjenestetilbud og en individuell plan der brukers liv og utvikling er det bærende element. Ett år er kort tid i denne sammenhengen. Erfaringene som er høstet kan bare bæres videre og utvikles av deltakerne!

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; Toward a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco: Jossey-Bass, 1987
3. 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
4. Personlig ombud for psykisk funksjonshindrede personer. Stockholm; Socialstyrelsen, Psykiatrioppfølgingen 1999:3
5. Thommesen Hanne. Virkemiddelet individuell plan. Dialog 2, desember 2002.
6. Onyett S. Making community mental health teams work. London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 1995
7. Veileder for individuell plan 2001. Sosial- og helsedepartementet.

Vedlegg

1. Evalueringsprotokoll for KPA
2. Evalueringsskjema for veiledningsgruppen i KPA

Vedlegg 1: Evalueringsprotokoll for KPA

Formålet med protokollen er å gi personlig koordinator og veileder en felles oversikt over:

1. Brukerens situasjon og behov for tiltak
2. Brukerens tilfredshet med tjenestetilbudet
3. Framgangen i koordineringsarbeidet

En slik oversikt kan brukes til:

1. Å gi personlig koordinator tilbakemelding om hvor han står i sitt arbeid med brukeren.
2. Å vise hvor koordinator har størst behov for veiledning.
3. Å vise mangler i tilbudet til brukeren som bør meldes til ansvarlig ledelse.

Protokollen fylles ut av personlig koordinator. Utfyllingen skjer dels på grunnlag av intervju med den aktuelle brukeren, dels ut fra koordinators kjennskap til brukerens situasjon.

Innholdet i protokollen

Protokollen består av fire deler:

1. Opplysninger om personlig koordinator, brukeren og brukerens nettverk
2. Vurdering av brukerens udekkede behov (fylles ut gjennom intervju med brukeren og evt. andre som bruker ønsker å ha med seg)
3. Brukerens erfaringer med tjenestetilbudet (fylles ut gjennom intervju med brukeren og evt. andre som bruker ønsker å ha med seg)
4. Sjekkliste for arbeidsgangen i oppfølgingen.

Utfylling

Protokollen skal fylles ut når bruker og koordinator er blitt kjent med hverandre. Dette bør normalt skje innen 8 uker fra oppstart av veiledningsgruppen. Veilederne gir koordinatorene opplæring i bruk av protokollen og sikrer at disse blir fullstendig utfylt

Utfyllingen bør gjentas etter ½ - 1 år for å vurdere hva som er oppnådd og hva som gjenstår i arbeidet med brukeren.

Deretter bør den fylles ut en gang i året for å:

1. evaluere brukerens tilfredshet med tjenestetilbudet
2. evaluere hvor langt medarbeideren har kommet i gjennomføringen av oppfølgingen
3. identifisere mangler i tjenestetilbudet til brukeren

Hvem skal bruke informasjonen i protokollen?

Personlig koordinator bruker protokollen i sitt arbeid med brukeren og i veiledningsgruppen.

Veilederne gir kopier av protokollene til tilrettelegger i andrelinjen som anonymiserer kopiene og sender dem til GRUK. GRUK bearbejder data fra evalueringsprotokollene og presenterer disse bl.a. på bydelens konferanse om erfaringene med KPA. Denne konferansen holdes ca. ett år etter oppstart av veiledningen.

Oppbevaring av protokollen

Utfylte protokoller skal oppbevares i den journalen som personlig koordinator fører i sitt arbeid med brukeren.

Bruker kan gjerne få kopi av protokollen.

DEL 1. OPPLYSNINGER OM PERSONLIG KOORDINATOR, BRUKEREN OG BRUKERENS TILTAKSNETTVERK

FYLLES UT AV KOORDINATOR

Dato for utfylling:

Kommune/bydel:

OPPLYSNINGER OM BRUKEREN

<p>1. Brukerens kjønn: Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/></p> <p>2. Brukerens fødselsår: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>3. Type problem: (Ett eller flere kryss)</p> <p>Psykisk problem/ funksjonshindring: <input type="checkbox"/></p> <p>Fysisk problem/ funksjonshindring: <input type="checkbox"/></p> <p>Psykisk utviklingshemning: <input type="checkbox"/></p> <p>Rusproblem: <input type="checkbox"/></p> <p>Annet (spesifiser): <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
--	--

OPPLYSNINGER OM PERSONLIG KOORDINATOR

<p>1. Koordinators navn:</p> <p>.....</p> <p>2. Koordinators utdanning:</p> <p>Sykepleier <input type="checkbox"/></p> <p>Sosionom <input type="checkbox"/></p> <p>Barnevernpedagog <input type="checkbox"/></p> <p>Vernepleier <input type="checkbox"/></p> <p>Hjelpepleier <input type="checkbox"/></p> <p>Annet, spesifiser <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>	<p>3. Når startet du å arbeide med brukeren? (måned/årstall) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>4. Når startet du som koordinator for brukeren? (måned/årstall) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>5. Hvor mange minutter pr. uke bruker du i gjennomsnitt på koordinatorarbeid. (Regn med møter med bruker og indirekte arbeid som ansvarsgruppemøter, telefoner, skrivearbeid m.m. Regn ikke med fagspesifikke oppgaver eller veiledning.)</p> <p>Gjennomsnittlig: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> minutter pr. uke</p>
--	--

OPPLYSNINGER OM BRUKERENS TILTAKSNETTVERK

<p>1. Brukeren har følgende faste kontakter i kommunale tjenester (Ett eller flere kryss):</p> <p>Lege <input type="checkbox"/></p> <p>Hjemmesykepleie <input type="checkbox"/></p> <p>Sosialkontor <input type="checkbox"/></p> <p>Hjemmehjelp <input type="checkbox"/></p> <p>Psykiatritjeneste i kommune/bydel <input type="checkbox"/></p> <p>Dagsenter <input type="checkbox"/></p> <p>Arbeidsleder <input type="checkbox"/></p> <p>Boveileder <input type="checkbox"/></p> <p>Hjelpeverge <input type="checkbox"/></p> <p>Skole/opplæring <input type="checkbox"/></p> <p>Kultur/fritid <input type="checkbox"/></p> <p>Annet (Spesifiser): <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>	<p>2. Brukerens faste kontakter i spesialisthelsetjenesten (Et eller flere kryss):</p> <p>Terapeut ved poliklinikk <input type="checkbox"/></p> <p>Privatpraktiserende terapeut <input type="checkbox"/></p> <p>Dagavdeling <input type="checkbox"/></p> <p>Døgnavdeling <input type="checkbox"/></p> <p>Annet (spesifiser): <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>3. Er det opprettet ansvarsgruppe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p>
--	--

DEL 2.**VURDERING AV UDEKKEDE BEHOV PÅ ULIKE LIVSOMRÅDER**

(FYLLES UT PÅ GRUNNLAG AV INTERVJU MED OG KJENNSKAP TIL BRUKEREN)

Vi foreslår at dere (koordinator og bruker) snakker sammen om hvilke udekkede behov bruker har med utgangspunkt i listen over livsområder. Prøv om dere sammen kan komme fram til så konkrete behov som mulig.

Stikkordene under hvert livsområde er ment å være eksempler på hva dere kan snakke om, hva som kan være lurt at dere tenker gjennom sammen. Vær oppmerksom på at dette ikke er en utfyllende liste, og at bruker kan ha andre udekkede behov som må komme fram.

LIVSOMRÅDE	BRUKERS VURDERING AV <u>UDEKKEDE BEHOV</u> (nevnt punktvis)	KOORDINATORS VURDERING AV <u>UDEKKEDE BEHOV</u> (nevnt punktvis)
BOLIG OG DAGLIGLIV Skaffe seg et sted å bo, utbedring og vedlikehold av bolig, stell av hus. Egenomsorg og selvfølelse. Matlaging og personlig stell. Bevegelse, transport. Annet.		
ARBEID OG AKTIVITET Utdanning, opplæring. Arbeid (ordinært eller vernet). Arbeidstrening. Dagtilbud. Annet.		
SOSIALT FELLESSKAP Etablere nye nettverk, støtte til eksisterende nettverk og konfliktløsning i forhold til nettverk. Hjelp og støtte til familie. Kulturaktiviteter, fritid/ hobby / rekreasjon/ ferie, fysisk aktivitet, livssyn. Annet.		

<p>HELSE Psykisk helse. Fysisk helse. Rus-problemer. Forebygging av kriser. Annet.</p>		
<p>ØKONOMI Trygdeytelser, sosialhjelp og andre offentlige stønader. Hjelp til økonomistyring og håndtering av eventuell gjeld. Annet.</p>		

DEL 3 BRUKERENS ERFARINGER MED TJENESTETILBUDET

FYLLES UT PÅ GRUNNLAG AV INTERVJU MED BRUKEREN

Denne delen handler om forhold som er viktige for brukernes opplevelse av å ha et godt tilbud. Forholdene dreier seg dels om hvordan brukeren blir møtt, dels om hvordan oppfølgingen blir gjennomført. Intervjuet kan introduseres til brukeren på denne måten: «Jeg skal lese opp noen eksempler på hva man kan oppleve når man har kontakt med offentlige hjelpere. For hvert eksempel kommer jeg til å spørre deg om det stemmer med din egen erfaring».

Dato for utfylling:

A: Støtte og respekt fra hjelperne i brukers tjenestetilbud

(Hjelperne er de personene brukeren har kontakt med i sitt tiltaksnettverk, som for eksempel, primærlege, sosialarbeider, hjemmesykepleier eller sykehuspersonale.)

1. Hjelperne mine er høflige og interesserte når jeg møter dem.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Hjelperne mine respekterer mine meninger.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Hjelperne mine samarbeider godt med hverandre om min oppfølging.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg opplever at beslutninger om min oppfølging blir tatt over hodet på meg.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer
5. Jeg kan snakke med hjelperne mine om personlige bekymringer.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke

Sum

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

B: Informasjon til brukeren

1. Jeg kan spørre hjelperne mine når det er noe jeg lurer på.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Jeg har fått god informasjon om mine psykiske problemer.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
Jeg har fått drøfte mine tanker om framtiden.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg har fått forståelig informasjon om mine medisiner og hvordan de virker	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Det hender at jeg får motstridende informasjon	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer

Sum

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

C: Informasjon til familien.

Dersom brukeren ikke har pårørende eller andre nære personer, eller ikke ønsker at de skal informeres, brukes svaralternativ "ikke relevant".

1. Jeg har blitt spurt om jeg ønsker at mine nærmeste pårørende skal få informasjon om mine problemer	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant
2. Mine pårørende har fått informasjon om planene for min oppfølging	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/> Vet ikke
3. Mine pårørende har fått informasjon om årsakene til mine problemer	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/> Vet ikke
4. Mine pårørende har fått informasjon om hva som kan forebygge at jeg får problemene tilbake	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/> Vet ikke
5. Mine pårørende er fornøyde med den informasjonen de har fått	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/> Vet ikke

Sum

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

D: Medvirkning i egen oppfølging

1. Min personlige koordinator og jeg har diskutert målene for min oppfølging.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Vi har kommet fram til felles mål for min oppfølging	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Jeg har en skriftlig plan for min oppfølging	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg har en skriftlig plan for hva jeg bør gjøre ved tegn på tilbakefall av mine psykiske problemer	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Min personlige koordinator og jeg passer på at planene blir fulgt opp	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke

Sum

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

E: Dekning av behov

1. Jeg har en tilfredsstillende bolig, og har den praktiske hjelpen jeg trenger for å bo der.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Jeg har det arbeidet, dagtilbudet eller utdanningstilbudet jeg ønsker.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Jeg får dekket mine behov for rekreasjon og kontakt med andre mennesker.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg får nødvendig helsehjelp til fysiske og psykiske plager når jeg trenger det.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Jeg har den hjelpen jeg trenger for å ordne med utgifter, og for å sikre inntekter.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke

Sum

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

Kommentarer fra koordinator om intervjuet:

.....

.....

.....

Resultatet av intervjuet om brukers erfaringer med oppfølgingen kan framstilles grafisk i skåringsarket på siste side.

DEL 4. SJEKKLISTE FOR ARBEIDSGANGEN I OPPFØLGINGEN

FYLLES UT AV KOORDINATOR

Sjekklisten er basert på Helsetilsynets handlingsprogram for koordinering av psykososialt arbeid(KPA). Den 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 en enkelt bruker, og som utgangspunkt for veiledningen. For noen brukere kan det være aktuelt å fravike sjekklisten. Avviket bør da kunne begrunnes.

Resultatet av kartleggingen kan framstilles grafisk på skåringsarket på siste side.

Dato for utfylling:

1. ETABLERING AV FORHOLDET TIL BRUKEREN OG TILTAKSNETTVERKET				
	Oppnådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke Oppnådd 0	Kommentar
1. Det er tilrettelagt for at koordinator skal kunne følge brukeren over lang tid (2 år)				
2. Koordinator og bruker har inngått faste avtaler om hvor og når de skal møtes				
3. Koordinators navn og funksjon er kjent for brukeren, familien og faste kontakter i tiltaksnettverket				
4. Det er gjort avtale om hvordan brukeren kan kontakte koordinator mellom avtalene				
5. Brukeren har skrevet under samarbeidsavtale med koordinator og fått kopi av denne				
Sum fase 1:				

2. KARTLEGGING AV BRUKERENS SITUASJON, RESSURSER OG PERSONLIGE MÅL, BEHOV FOR TILTAK OG VALG AV STRATEGI FOR OPPFØLGINGEN				
	Oppnådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator har oversikt over brukers historie og situasjon på sentrale livsområder (SL)*				
2. Koordinator har oversikt over brukers personlige mål og egne ressurser på SL				
3. Koordinator har oversikt over brukers egen prioritering av behov for tiltak på SL				
4. Koordinator har oversikt over brukers eventuelle behov for behandlingstiltak og/eller omsorgstiltak				
5. Koordinator har oversikt over brukers eventuelle behov for habiliterings-/rehabiliteringstiltak og/eller rådgivning				
Sum fase 2:				

* Eksempler på sentrale livsområder (SL) er : Bolig og dagligliv, arbeid og aktivitet, sosialt fellesskap, helse, økonomi.

3. PLANLEGGING AV OPPFØLGINGEN				
	Oppnådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Bruker og koordinator er enige om strategien for oppfølgingen				
2. Det er utarbeidet en skriftlig individuell plan for oppfølgingen				
3. Det er utarbeidet en skriftlig plan for tiltak ved tegn på kriser*				
4. Brukeren har fått gjenpart av planene				
5. Relevante samarbeidspartnere har fått kopi av den individuelle planen				
Sum fase 3:				

*Kryss av for "oppnådd" hvis behovet ikke er til stede.

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

*Kryss av for "oppnådd" hvis behovet ikke er til stede.

5. EVALUERING AV RESULTATER OG JUSTERING AV PLANER				
	Oppnådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator har avtale med brukeren om når evaluering av oppfølgingen skal gjennomføres				
2. Resultatene av oppfølgingen er vurdert sammen med brukeren og andre aktuelle på avtalte tidspunkter				
3. Brukerens medvirkning i egen oppfølging er evaluert sammen med brukeren.				
4. Nødvendige endringer i målsetting og individuell plan gjøres i samarbeid med brukeren og andre aktuelle.				
5. Koordinator har gjennomført intervjuet om brukerens tilfredshet med oppfølgingen				
Sum fase 5:				

Vedlegg 2: Evaluering av veiledningsgruppen i KPA

Dine vurderinger av veiledningsgruppen er nødvendige for å gjøre veiledningen så god som mulig. Skriv ned noen stikkord for hvert spørsmål i dette skjemaet og lever det til lederen for din gruppe.

Dine forbokstaver:	Din yrkesbakgrunn	Kommune:	Dato:
--------------------	-------------------	----------	-------

1. Hva er det viktigste du har lært om oppfølging av brukerne mens du har vært med i gruppen?

.....

2. Hva trenger du å lære mer om?

.....

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

.....

4. Hvilke endringer vil du foreslå for å gjøre veiledningen mer nyttig, sett ut fra dine behov?

.....

5. Andre kommentarer

.....

Vend

Veiledningen har som siktemål at brukerne skal få et tilbud som samsvarer med retningslinjene i heftet om KPA. Nedenfor er en liste over hovedpunktene i retningslinjene. Kryss av for hvert punkt hvor vanskelig det var å gjennomføre i forholdet til din bruker. Skriv gjerne en kort begrunnelse.

1. Avklare mitt ansvar og mine arbeidsforhold som personlig koordinator

Dette punktet var: vanskelig middels vanskelig enkelt å gjennomføre i forhold til min bruker.

Årsaker:.....
.....

2. Utvikle en god relasjon til brukeren

Dette punktet var: vanskelig middels vanskelig enkelt å gjennomføre i forhold til min bruker.

Årsaker:.....
.....

3. Sikre et godt arbeidsforhold til det øvrige tiltaksnettverket

Dette punktet var: vanskelig middels vanskelig enkelt å gjennomføre i forhold til min bruker.

Årsaker:.....
.....

4. Kartlegge brukerens situasjon og personlige ressurser

Dette punktet var: vanskelig middels vanskelig enkelt å gjennomføre i forhold til min bruker.

Årsaker:.....
.....

5. Kartlegge brukerens personlige mål og behov for tiltak

Dette punktet var: vanskelig middels vanskelig enkelt å gjennomføre i forhold til min bruker.

Årsaker:.....
.....

6. Velge strategi og planlegge oppgaven

Dette punktet var: vanskelig middels vanskelig enkelt å gjennomføre i forhold til min bruker.

Årsaker:.....
.....

7. Koordinere planlagte tiltak

Dette punktet var: vanskelig middels vanskelig enkelt å gjennomføre i forhold til min bruker.

Årsaker:.....
.....

8. Vurdere resultater og justere planer

Dette punktet var: vanskelig middels vanskelig enkelt å gjennomføre i forhold til min bruker.

Årsaker:.....
.....

Takk for hjelpen!