

Koordinering av psykososialt arbeid

Erfaringer og resultater fra Folloklinikken og
7 tilhørende kommuner (Enebakk, Frogn, Nesodden,
Oppegård, Ski, Vestby og Ås)

Prosjektnavn:

Koordinering av psykososialt arbeid

Erfaringer og resultater fra Folloklinikken og 7 tilhørende kommuner (Enebakk, Frogn, Nesodden, Oppegård, Ski, Vestby og Ås)

Oppdragsgiver:

Folloklinikken, (Blakstad sykehus helseforetak) ved direktør Reidar Weihe

Prosjektperiode:

September 2000 – Desember 2001

Prosjektleder / forfatter:

Anne Marte B. Evenstad

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

En mors erfaringer med kommunepsykiatrien, en smertefull reise gjennom fragmenter.

Jeg er mor til en ung mann som ble rammet av sykdommen schizofreni.

Min sønn hadde alle de drømmer et ungt, livskraftig menneske skal ha. Utdanning, vennskap, kjæreste, eget hjem, kanskje en katt, kanskje barn, kanskje... alt er mulig når man bare vil.. Livet skal leves, erfares og samtaler skal berede grunnen for livskraftige vennskap som nærer sjelen og alle uendelige muligheter.

Sykdommen førte han inn i en virkelighet jeg ikke hadde noen erfaring med. Som mor var jeg fylt av redsel for all den smerten han måtte gjennomleve, som en følge av sykdommen. Jeg har alltid vært en sterk tilhenger av velferdsstaten, og trodde i min naivitet at den hadde et bærende og velfungerende helse- og sosialt tilbud også for mennesker som fikk en psykisk sykdom. Jeg trodde det fantes en helhetlig behandling som tok utgangspunkt i hele menneskets virkelighet, hvor både de fysiske, de psykiske, de sosiale og de eksistensielle behovene ble ivaretatt.

I opp- trappingsplanen i psykiatri skal de unge schizofrene prioriteres på både statlig og kommunalt nivå. Intensjonen var at disse unge menneskene skulle rehabiliteres i hjemkommuner og leve utenfor institusjonene.

Hvorfor får så kommunene dette ikke til?

Er det mangel på overførte midler fra staten til den enkelte kommune?

Eller er det mangel på forvaltning av midler, planlegging, koordinering av tiltak, uklare ansvarsforhold innen kommuneorganisasjonen og for lite bruker- og pårørende medvirkning som er årsaken?

Jeg har erfart at byråkratiske hindre og rutiner i kommunesystemet sliter ut oss som pårørende og trenerer rehabiliteringen. Jeg har også erfart at pårørende som aktivt følger opp og er kritiske både til tjenestetilbud og innhold, blir betraktet som en trussel av ansatte i kommunen. Dette til tross for at forskning viser at pårørende som utviser positiv kontakt og oppfølging av sine syke barn, er like viktig som medisinerer for en vellykket rehabilitering.

Hvor er de ansattes lojalitet, er det rettet mot et kommunalt tjenesteytende system fullt av mangler og sviktende rutiner eller er de lojale mot brukerne av dette systemet?

Psykiatrien er i en særstilling innen legevitenskapen. Innen somatikken anstrenger fagpersoner seg for å utføre det de, via forskningsbasert kunnskap, vet fungerer. Innen psykiatrien lever gamle fordommer og fordums kunnskap både om pårørende, skyld, årsak og behandlingsmetoder som for lengst er utgått på dato. Hvordan kan dette være mulig?

Jeg forventer at :

- rehabiliteringen frontes av fagpersoner.
Disse har både et etisk og faglig ansvar i å tilkjenne hvilke tiltak som er nødvendige for å habiliterer og rehabiliterer mennesker tilbake til hjemkommunen.
Pårørende skal ikke være nødt til å fronte disse sakene.

- aktørene i systemet både på statlig og kommunalt nivå samhandler om behandling og rehabilitering
- mennesker med alvorlige psykiske sykdommer har elementære rettigheter som
- retten til bolig
- retten til individuell og hensiktsmessig behandling, både fysisk og psykisk
- retten til et sosialt liv
- retten til utdanning og arbeid, ut i fra egne forutsetninger
- retten til et liv i verdighet uten stigmatisering
- retten til et liv hvor fokus må være på det friske og ivaretagelse av det som er funksjonshemmet
- retten til oppgående og støttende pårørende som aktive medspillere

Koordineringen av psykososialt arbeid KPA er et steg i riktig retning. Men noen forutsetninger må være tilstede for at denne koordineringen skal oppleves reell av brukerne og avlastende for de pårørende.

1. KPA- koordinatoren bør ha organisatorisk tilknytning på lokalt, kommunalt nivå.
 - Det er viktig at det bygges individuell bruker- kompetanse i kommunene og at det bygges lokal nærmiljøkompetanse mot den enkelte bruker.
2. Koordinatoren må være utdannet og personlig egnet til stillingen
 - Det er viktig at koordinatoren kan stå i samhandlingsprosesser med mennesker i behandlingssystemet med mer makt og kompetanse, uten å bli overkjørt på funksjon
 - Det er viktig at koordinatoren krever deltakelse i og totalt innsyn i den enkelte brukers historie
 - Dette er en svært krevende stilling, å stå hos et menneske i dyp nød
3. KPA- koordinatoren må gis mandat og fullmakter til å følge hele behandlingsprosessen hos den enkelte bruker
4. KPA- koordinatoren skal samhandle nært med sykehus og DPS
5. KPA- koordinatoren skal ha faglig ryggdekning og motta kompetanse fra spesialisthelsetjenesten ved DPS
6. KPA- koordinatoren bør ha en rolle og funksjon ovenfor brukeren når brukerkompetansen bygges
7. KPA- koordinatoren må gis økonomiske fullmakter og handlingsrom
8. I kompetansebyggingsfasen ovenfor den enkelte bruker, bør den enkelte koordinator ha 1-2 nye brukere
9. KPA- koordinatoren vil kunne være det synlige medmennesket i forvaltningen som kan frigjøre pårørende fra offentlige oppgaver.

Som pårørende har jeg tro på KPA, men det forutsetter et kommunalt krafttak for å fungere. KPA fordrer at mennesker i nettverket påtar seg et reelt og synlig ansvar. KPA fordrer at den individuelle planen ligger i bunn som en forpliktelse i forhold til personale og ressurser.

Noen må ville ta et ansvar. Noen må holde fast. Fordi min sønn falt så dypt og må bruke uendelige krefter for å reise seg igjen. Men han reiser seg og går med nye drømmer og nye muligheter. Dit han kan og vil.

Hilsen fra en mor

Sammendrag

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

Hver kommune og Folloklinikken utnevnte en tilrettelegger som skulle sikre forankring av KPA i nettverket og sikre at koordinatorene hadde nødvendig legitimitet og rammebetingelser for å gjennomføre arbeidet. Stiftelsen GRUK (Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten) var prosjektansvarlig for innføringen.

Prosjektet ble gjennomført etter planen. Resultater viser at brukerne får et bedre tilbud og får dekket flere av sine behov. Brukertilfredsheten øker, selv om det gjenstår en god del før brukerne er tilfredse. Mange brukere forteller hvordan systematisk oppfølging med en ansvarlig koordinator førte til store endringer i deres livssituasjon og livskvalitet.

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

Folloklinikken og kommunene har ønske om å fortsette med modellen. Det gjenstår en god del arbeid før rollen som personlig koordinator og arbeidsbetingelsene for disse er godt forankret i alle deltagende organisasjoner. Prosjektledelsen anbefaler at tilretteleggerne fortsetter sitt arbeid når prosjektet er slutt.

Innhold

1.0. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet	1
1.2 Målsetting	1
2.0. Forutsetninger for god oppfølging av brukerne	1
2.1 Egnert fagmodell	2
2.2 Opplæring av medarbeidere	2
2.3 Organisatorisk forankring og samarbeide mellom første- og andrelinjen	2
3.0 Metode.....	3
4.0. Gjennomføring av prosjektet.....	3
4.1 Prosjektorganisering	3
4.2 Gjennomføring av læringsnettverket	4
4.3 Tidsbruk	6
5.0 Resultater.....	7
5.1 Resultater fra kartleggingsprotokollene	7
5.1.1 Koordinatorene	7
5.1.2 Problemer hos brukerne	8
5.1.3 Tidsbruk for koordinatorene.....	9
5.1.4 Brukernes nettverk	9
5.1.5 Programoppyllelse	10
5.1.6 Behovsdekning	10
5.1.7 Brukertilfredshet.....	11
5.2 Veiledningen.....	12
5.2.1 Veilederne.....	12
5.2.2 Evaluering av veiledningsgruppene	12
6.0 Erfaringer fra kommunene	16
6.1 Organisatorisk forankring	16
6.2 Valg av brukere og koordinatorene	16
6.3 Opplæring av koordinatorene.....	17
6.4 Tilretteleggers rolle	17
6.5 Eksempler på erfaringer fra koordinatorene, brukere og pårørende.....	17
7.0 Erfaringer fra Folloklinikken	19
7.1. Erfaringer fra tilrettelegger	19
7.2. Erfaringer fra veiledere	19
8.0 Videreføring av KPA	21
9.0 Konklusjon og anbefalinger.....	22
Referanser.....	23

Vedlegg

1. Kartleggingsprotokoll for personlige koordinatorene
2. Evalueringsskjema for veiledningsgrupper

1.0. Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Avdeling for voksenpsykiatri (VOP) ved Folloklinikken betjener 7 kommuner i Follo og fyller de fleste kriterier for å kunne kalle seg et DPS (Distriktpsikiatrisk senter).

Voksenpsykiatrien startet som ren poliklinikk i 1977. Virksomheten var blitt utvidet gradvis med Put, dagenhet, døgnenhet og psykoseteam, og var blitt mer og mer kompleks. Samarbeidet med førstelinjetjenesten ble også mer komplisert, og var preget av ad hoc-løsninger og tilfeldig innsats. Det var behov for nytenking og en mer gjennomtenkt løsning for veiledning og samarbeid.

Fylkeslegen i Akershus foreslo våren 2000 at DPS-et skulle ta i bruk KPA-modellen. Denne modellen er sosialpsykiatrisk orientert, og var et godt faglig utgangspunkt for oppgaver avdelingen stod overfor etter psykiatireformen. Den sosialpsykiatriske forståelsesmåten var tilstede i avdelingen, men gjennomsyret ikke virksomheten fullt ut. Folloklinikken valgte å gi tilslutning til Fylkeslegens forslag og inviterte dermed alle kommunene i Folloregionen til felles informasjonsmøte om modellen og mulighet for prosjektsamarbeid. Samtlige kommuner besluttet å delta i prosjektet.

Forut hadde SEPREP-utdanningen ved Folloklinikken (1999) gitt informasjon og kunnskap blant medarbeidere i 1. og 2.linjen om KPA-modellen. Dette dannet grunnlag for ønske om å arbeide etter modellen blant flere medarbeidere. KPA ble dermed en videreføring av tidligere investering i kompetansebygging innen psykiatri i Follo.

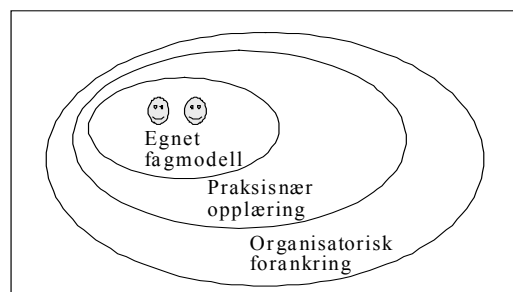
Avdeling for voksenpsykiatri ved direktøren og avdelingsoverlegen etablerte prosjektet og startet opp i september –00 i samarbeid med stiftelsen GRUK.

1.2 Målsetting

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

2.0. Forutsetninger for god oppfølging av brukerne

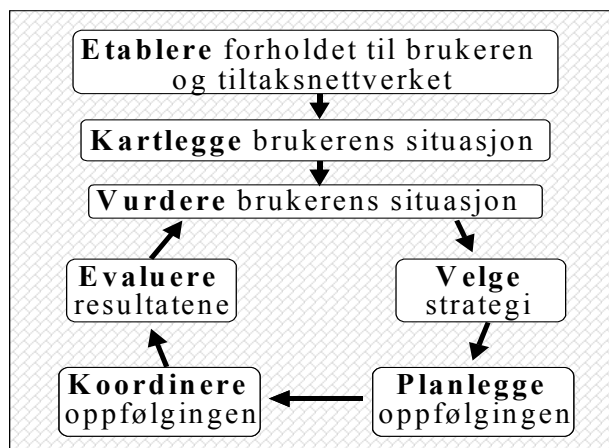
Tre elementer er nødvendig for å bedre oppfølgingen av brukerne; en egnet felles fagmodell, praksisnær opplæring i modellen og organisatorisk forankring av den i hele tjenestenettverket.



Figur 1 Forutsetning for god oppfølging

2.1 Egnert fagmodell

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



Figur 2 Arbeidsgangen i koordinering av psykososialt arbeid

2.2 Opplæring av medarbeidere

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

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

2.3 Organisatorisk forankring og samarbeide mellom første- og andrelinjen

Vellykket innføring av KPA er avhengig av full støtte fra ledere og mellomledere i de deltakende organisasjoner. Det ble derfor opprettet et læringsnettverk bestående av Folloklinikken og de 7 tilhørende kommuner. Nøkkelpersoner i læringsnettverket var en tilrettelegger i psykiatrien og en i hver kommune. Disse hadde ansvar for å informere egen organisasjon om KPA, sørge for rekruttering av brukere, koordinatorene og veiledere, og sikre at koordinatorene og veiledere fikk nødvendige arbeidsbetingelser for å fylle sine roller. Fra

GRUK deltok en prosjektleder (forfatter av denne rapporten) og på en del samlinger var det med en eller to andre medarbeidere fra GRUK. Arbeidsgangen i læringsnettverket er vist i tabell 1.

3.0 Metode

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

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

Erfaringsseminarene hver 3. måned gav tilretteleggere og veiledere anledning til å legge fram sine erfaringer og problemer, og til å lære av hverandre. Tilbakemeldinger til tilretteleggerne ble gitt videre på systemnivå, slik at mellomledere og ledere kunne handle på disse for å sikre nødvendige rammebetingelser for KPA i tjeneste-nettverket.

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

4.0. Gjennomføring av prosjektet

4.1 Prosjektorganisering

Stiftelsen GRUK var ansvarlig for gjennomføring av KPA . Oppgaven bestod i å ”gjete” de lokale endringsprosessene i hver enkelt kommune og samhandlingsmønsteret mellom første – og andrelinjetjenesten. GRUK var ansvarlige for det faglige programmet på samlingene i læringsnettverket og for opplæring av tilretteleggere og veiledere.

Det ble oppnevnt en tilrettelegger i 2.linjen som hadde ansvaret for å rekruttere veiledere og følge opp disse. Hun hadde også som oppgave å ivareta kontakten mellom kommunene, sin egen organisasjon og GRUK.

Det ble også oppnevnt en tilrettelegger fra hver kommunene. De fleste var ledere på ulike nivåer i organisasjonen og hadde ulik nærhet til praksisfeltet. En var driftsleder i pleie og omsorgsavdelingen, en kvalitetsutvikler i helse og sosialavdelingen, en seksjonsleder for miljøarbeidertjenesten og psykiatri, en leder for friskvern m/psykiatri, en

psykiatrikonsulent/seksjonsleder i pleie og omsorgsavdelingen, en psykiatrikoordinator og en leder av psykiatrisk omsorgstjeneste.

Noen av tilretteleggerne valgte å være koordinator og delta fast i veiledningsgruppen, andre valgte å være observatør i gruppen. Det viste seg at tilretteleggernes ulike deltakelse og rolle i veiledningsgruppen hadde bakgrunn i deres plassering og funksjon i organisasjonen. De som valgte å kombinere rollene som tilrettelegger og koordinator, hadde som regel en nær tilknytning til praksisfeltet. Selv om de fikk god oversikt over koordinatorene og deres arbeid, viste det seg at de slet med å informere eget system og forankre modellen i organisasjonen. Tilretteleggere som valgte å være observatør i gruppa var som oftest plassert høyere opp i organisasjonen. Disse hadde en enklere jobb i forhold til informasjons- og forankringsarbeidet, men hadde mindre oversikt over koordinatorene og deres arbeid.

Selv om det var god kontinuitet blant tilretteleggerne i kommunene i hele prosjektperioden, kunne man med fordel ha oppnevnt en vara for tilrettelegger fra starten av som hadde deltatt på alle fellessamlingene og sikret kontinuiteten. Det kan også tenkes at det ville vært hensiktsmessig å opprette en styringsgruppe/prosjektgruppe i hver kommune med deltakelse av ledere fra ulike deler av tjenestenettverket for å lette informasjon og forankring.

Det ble opprettet en veiledningsgruppe i hver kommune. Hver gruppe hadde to veiledere, en hovedveileder og en co-veileder. Selv om de fleste veilederne hadde veilederutdanning, var metodeveiledning og KPA-modellen ny for alle. Det var derfor viktig å være to i prosjektperioden for å kunne evaluere egen funksjon sammen, men også for å ivareta kontinuiteten ved sykdomsfracfall.

4.2 Gjennomføring av læringsnettverket

Prosjektet ble gjennomført stort sett etter planen. Erfaringskonferansene og sluttkonferansen skulle vært avholdt i september og oktober, men ble utsatt til november og desember. Utsettelsen skyldes at koordinatorene ønsket mer tid i forhold til å jobbe med metoden for å få bedre grunnlag for å evaluere prosjektet. Det var bred enighet blant koordinatorene og tilretteleggerne om denne utsettelsen.

Hovedaktivitetene i prosjektet er vist i tabell 1.

Tabell 1 Plan for læringsnettverket

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

Utenom samlingene har prosjektleder fra GRUK hatt jevnlig kontakt med tilretteleggerne i kommunene og DPS. Hovedkontakten har vært tilrettelegger på DPS, som igjen har hatt kontakt med tilretteleggere i kommunene og veiledere fra psykiatrien. Hun har hatt jevnlige møter med veilederne i prosjektperioden. Intensjonen med dette forumet var å dele erfaringer og opplevelser. Dette fungerte også som veiledning på veiledning. I følge veilederne har dette vært udelt positivt.

I ettertid ser vi at det kunne vært avholdt flere møter med tilretteleggerne i starten av prosjektet, for å hjelpe dem til å velge brukere og koordinatore som kunne profittere mest på deltakelse i prosjektet. GRUK oppfordret samtlige kommuner til å rekruttere koordinatore fra ulike deler av tjenestenettverket for å få en best mulig spredning av KPA-tenkningen og for å dra nytte av de ulike faggruppers kompetanse. Noen kommuner la vekt på dette, og valgte ut koordinatorene først. Det viste seg at enkelte etater hadde liten tradisjon for å jobbe med brukere med alvorlige psykiske lidelser, og disse slet med å finne brukere som kom inn under målgruppen.

Andre kommuner tok utgangspunkt i brukerne og deres behov for koordinerte og sammensatte tjenester. Den som hadde vært brukerens primærkontakt eller hadde hatt mye

kontakt med brukeren fra før, ble ofte valgt som koordinator. Denne var som oftest ansatt i kommunenes psykiatritjeneste og hadde som regel en helsefaglig bakgrunn. Dermed ble mindre fokus satt på tverrfagligheten. Den ensidige sammensetning av koordinatorene førte til at læringseffekten kanskje ble noe mindre enn i de gruppene der tverrfagligheten var større.

Det viste seg at noen kommuner valgte svært dårlige brukere, og flere koordinatorene opplevde prosjektperioden for kort til å innlede et samarbeid med brukerne og gjøre seg bruk av metoden. Andre valgte brukere som allerede hadde et godt hjelpeapparat rundt seg og som i utgangspunktet var godt koordinerte. Her ble også læringseffekten for koordinator begrenset.

Mer tid i forberedelsen av prosjektet ville ha sikret at alle koordinatorene og brukere var på plass når oppstartskonferansen i kommunen ble avholdt. Dette var ikke tilfelle i enkelte kommuner. Noen koordinatorene var ikke til stede på oppstartskonferansen fordi de ikke var oppnevnt på dette tidspunkt. De møtte derfor uforberedte til veiledningsgruppene. I starten ble mye av tiden i veiledningsgruppene brukt til å diskutere hvilke brukere som man skulle prioritere. Mange uttalte at de i starten hadde liten oversikt over hva selve prosjektet gikk ut på. Det kunne dreie seg om innholdet i metoden, hvordan opplæringen skulle foregå og selve prosjektorganiseringen. Det tok derfor lang tid før flere av koordinatorene kom i gang med arbeidsprosessen.

Videre kunne flere formøter og mer tid i forberedelsen ha hjulpet tilretteleggerne med å informere grundigere i egen organisasjon. Dette ville bedre ha sikret at alle koordinatorene hadde legitimitet i systemet, og ryggdekning og rammebetingelser fra egen leder til å gjøre KPA arbeidet.

Det tok også lang tid før alle veiledere var i gang med å veilede på modellen. Dette skyldes nok i noen grad at veilederne var usikre på metoden og hvordan veiledningen skulle gjøres. Opplæringen av veilederne kunne vært lagt opp med mer praksis og mindre teori, og med klarere retningslinjer for innholdet i veiledningen i oppstarten av gruppene.

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

4.3 Tidsbruk

Arbeidet fra GRUK ble utført i tråd med kontrakten.

Tilretteleggers tidsbruk i 2.linjen ble i utgangspunktet beskrevet til å være ca ½ dag pr uke. I Folloklinikken var ikke dette tilstrekkelig. I ettertid anslås tidsbruken å være 1 dag pr uke i gjennomsnitt for å sikre gjennomføringen av prosjektet (20-25% stilling). I tillegg til oppgavene som var beskrevet på forhånd fra GRUKs side, ble det før oppstart arrangert en samling for alle tilretteleggerne. Tilrettelegger tok også initiativ til et informasjonsmøte om KPA på Blakstad sykehus. Mot slutten av prosjektperioden ble det arrangert en fagdag for alle koordinatorene der GRUK stod for det faglige innholdet. I tillegg til disse oppgavene tok tilrettelegger ansvar for å innkalle veilederne til faste veiledersamlinger.

Rekruttering av veiledere og forankring av prosjektet i egen organisasjon viste seg også å ta en del tid.

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

- Tilretteleggerne i kommunene har brukt inntil 1 dag per uke hver.
- Veilederne har brukt ca ½ dag annen hver uke til veiledning, forberedelse og reise. Videre har de deltatt på samlingene i nettverket og møter med tilrettelegger fra DPS, totalt 7 dager. Gjennom dette arbeidet har de mottatt opplæring og erfaring i metodeveiledning, samt i arbeidsmodellen KPA. Totalt har det gått med inntil 20 dager i prosjektperioden per veileder
- Koordinatorene har brukt litt i overkant av 1 time ukentlig sammen med sin bruker. Tid til forberedelse, skrivearbeid og møter med samarbeidspartnere har ikke blitt målt, men liknende prosjekter fra Sverige har vist at det går med ca ½ time i uken til dette (3). I tillegg har de brukt 1 ½ time annenhver uke på veiledning. Total tidsbruk for koordinatorene i prosjektet blir derfor ca 90 timer. Den tiden de har brukt sammen med sin bruker, ville mange av koordinatorene brukt uavhengig av prosjektet, da de fleste koordinatorene er medarbeidere som følger opp brukere i sitt vanlige arbeid. Gjennom tidsbruken i prosjektet har de mottatt opplæring, veiledning og erfaring i KPA, samt i verktøy for måling av egen arbeidsprosess og for måling av brukertilfredshet.

5.0 Resultater

5.1 Resultater fra kartleggingsprotokollene

Koordinatorerne fylte ut en protokoll for alle 45 brukere 2 måneder etter oppstart av veiledningsgruppene. Den inneholdt en kartlegging av bruker, koordinator og hjelpenettverk for brukerne, en sjekkliste for arbeidsgangen i KPA og et intervju med brukeren om udekkede behov og brukertilfredshet. I tillegg inneholdt den måleverktøy for praktiske og sosiale ferdigheter og for symptomer og atferd. Disse verktøyene kunne koordinatorene fylle ut dersom de ønsket det.

En ny utfylling ble gjentatt 8 måneder senere. 11 av 45 protokoller ble ikke fullført. I alt ble 8 koordineringsforløp avbrutt. 3 brukere trakk seg ut av prosjektet fordi de ikke ønsket noen koordinator. 1 bruker flyttet til en annen kommune. 4 koordinatorene byttet jobb. 3 protokoller ble ikke fullført på grunn av for sen innlevering. Det gjensto da 34 brukere der begge protokollene var ferdig utfylt, og hvor man kunne sammenlikne situasjonen etter 2 måneder og 10 måneder.

5.1.1 Koordinatorene

I utgangspunktet hadde 45 koordinatorene ansvar for oppfølging av hver sin. Yrkesbakgrunn til koordinatorene er vist i tabell 2.

Tabell 2 Yrkesbakgrunn til koordinatorene

Psykiatrisk hjelpepleier	10
Psykiatrisk sykepleier	9
Sosionom/sosialkonsulent	8
Sykepleier	5
Vernepleier	5
Ergoterapeut	3
Helsesøster	1
Fysioterapeut	1
Formingslærer	1
Barnevernspedagog	1
Miljøterapeut	1
Sum	45

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

Koordinatorene hadde koordineringsansvar for en bruker hver som de fikk veiledning på gjennom hele året. Dette ble gjort for å lette opplæring i arbeidsmodellen.

5.1.2 Problemer hos brukerne

Målgruppen var brukere over 18 år med psykisk lidelse og behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Valget av brukere ble gjort av linjelederne sammen med tilrettelegger og koordinatorene. Dersom brukeren hadde kontakt med en medarbeider som ønsket å være koordinator, ble denne ofte valgt. Noen koordinatorene valgte sine brukere selv.

Det var i alt 45 brukere som fikk koordinator, hvorav 26 kvinner og 19 menn. Gjennomsnittsalder var 39 år og de hadde i snitt vært syke i 14 år. Tabell 3 viser oversikt over brukernes hovedproblemer. En del hadde ikke fått noen diagnose, men ut fra opplysninger i evalueringsprotokollene, har GRUK gruppert brukerne i hovedkategorier.

Tabell 3 Brukernes problemer

Psykose	26
Angst/depresjon	14
Personlighetsforstyrrelse	3
Annet (ADHD, PTSD)	2
SUM	45
Tilleggsproblemer:	
Somatiske problemer	30
Rus	5
PU	3

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

5.1.3 Tidsbruk for koordinatorene

Den tiden som ble brukt sammen med brukerne etter 2 måneder var i gjennomsnitt 74 minutter per uke, med variasjoner mellom 20 og 180min. Etter 10 måneders oppfølging av brukerne var gjennomsnittlig tidsbruk 66 minutter per uke med samme variasjon som ved førstegangsmåling. Tidsbruken i andre KPA-nettverk (Grenland, Sunnmøre og Indre-Østfold) og tilsvarende prosjekter i Sverige ligger på gjennomsnittlig noe under 60 minutter. Den noe høyere tidsbruken i Follo kan ha sammenheng med at koordinatorene utfører mange fagspesifikke oppgaver ved siden av koordinator-oppgavene.

5.1.4 Brukernes nettverk

Antall kommunale og fylkeskommunale hjelpere som brukerne hadde kontakt med ved start av veiledningen var 4,2 i snitt (hvorav 1 fylkeskommunal), og dette steg til 4,3 i snitt (1.0 fylkeskommunal) etter 10 måneder. Dette viser at man har valgt brukere med et omfattende hjelpebehov og behov for koordinering. Man vil forvente en økningen i antall hjelpere når man skal arbeide for å få på plass tiltak som mangler. Dette skjedde ikke i dette nettverket. Det kan skyldes at brukerne allerede i utgangspunktet hadde tilstrekkelig med antall hjelpere rundt seg.

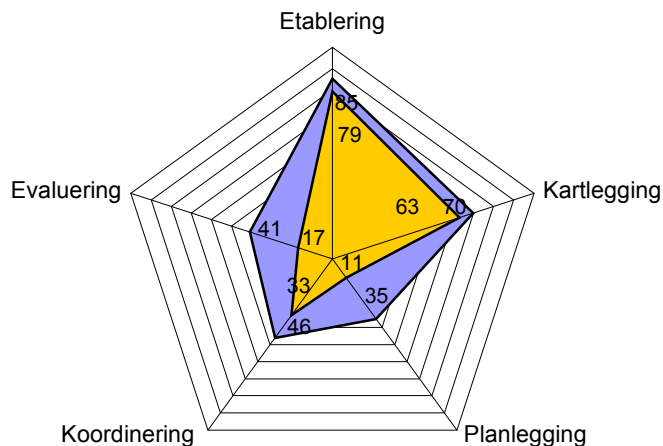
Ved start av veiledningen hadde 15 brukere allerede etablert en ansvarsgruppe. Antall ansvarsgrupper steg til 16 etter 10 måneder. I KPA-modellen skal ansvarsgruppe brukes av koordinator og bruker når dette er hensiktsmessig, og den skal alltid være måltrettet og tidsavgrenset. Når mange tiltak skal samordnes og mange tjenesteytere er involvert, kan det være hensiktsmessig å opprette en ansvarsgruppe. Således er det rimelig at antallet stiger i løpet av prosjekt-perioden.

I flere av Follo-kommunene er ansvarsgruppe-arbeid kjent og mye brukt arbeidsform. Selv om antallet ikke steg noe nevneverdig i denne perioden, ble det uttalt på en av erfaringskonferansene fra en av koordinatorene:

”I brukers tilfelle var det opprettet ansvarsgruppe før KPA-prosjektet. Denne gruppa eksisterer fortsatt. Men arbeidet i ansvarsgruppa har endret seg etter KPA. Alle har blitt mer strukturerte og målrettede. Gruppa har blitt mer sikker på hva som er brukers reelle behov.”

5.1.5 Programoppfyllelse

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



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

Figur 3 viser hvordan utviklingen av programoppfyllelse har vært. Det har vært en gjennomsnittlig økning av programoppfyllelse fra 40% til 60%. Økningen har vært størst der utgangspunktet var dårligst; det å utarbeide skriftlige planer som bruker og samarbeidspartnere har kopi av. Det er allikevel her mest gjenstår. Sammenholdt med erfaringer fra andre læringsnettverk, kan vi nå si at dette er noe som tar tid. Det kan ta to år før denne prosessen er slutført. Fra evalueringen av veiledningen (punkt 5.2) ser vi at denne delen av arbeidet oppleves vanskelig av koordinatorene.

5.1.6 Behovsdekning

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

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

Livsområder	Etter 2 mndr	Etter 10 mndr	Prosent reduksjon
Sosial kontakt, familie, transport	1,16	1,03	11%
Utdanning, Arbeid	1,00	0,69	31%
Bolig, ADL	0,90	0,75	17%
Fritid	0,86	0,38	56%
Psykisk helse, rus	0,65	0,40	38%
Somatisk helse	0,44	0,04	91%
Økonomi	0,41	0,28	32%
Sum udekket behov i gjennomsnitt per bruker	5,42	3,57	34%

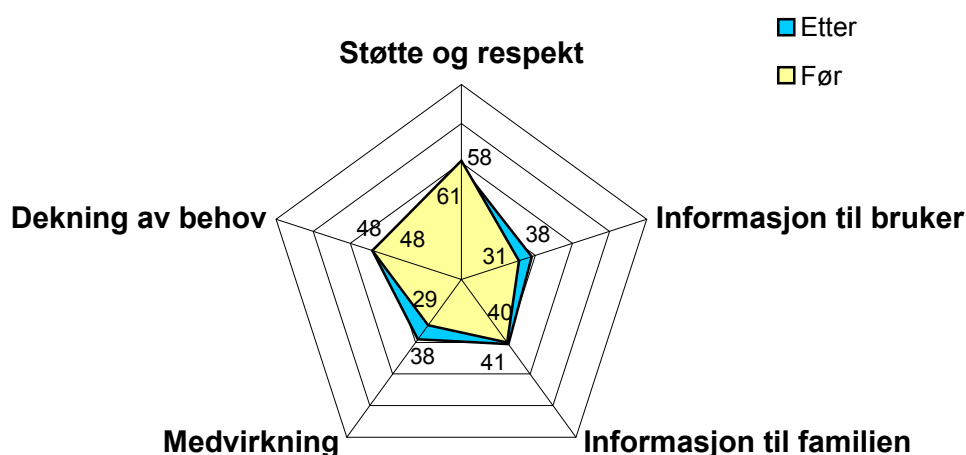
Det er en bra nedgang samlet sett i udekkede behov, men nedgangen har ikke vært størst der behovene var størst. Dette gjelder sentrale livsområder som sosial kontakt, familie og transport, utdanning og arbeid, og bolig ADL. Det gjenstår dekning av over to tredjedeler av de behovene brukerne oppgav. Dette understreker både at denne målgruppen har mange udekkede behov og at det tar tid å få dekket behovene.

5.1.7 Brukertilfredshet

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

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

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



Figur 4. Brukertilfredshet i prosent etter 2 og 10 måneders oppfølging

Den gjennomsnittlige brukertilfredsheten økte bare fra 42 – 45 % i løpet av disse åtte månedene. Økningen var størst der den var dårligst i starten; i hvilken grad bruker får medvirke i sin egen oppfølging og i informasjon til bruker. Til tross for en reduksjon i antall udekkede behov på 34%, viser brukertilfredsheten at det ikke har skjedd noen endring under tilfredsheten med dekning av behov. Her bør spesielt fremheves den lave behovsdekningen på sentrale livsområder som sosial kontakt, familie og transport, utdanning og arbeid og bolig.

Man kan gå ut i fra at prosjektet skaper forventninger hos bruker om at det skal skje endringer på mange plan på kort tid. Mange av disse forventningene har ikke blitt innfridd i løpet av denne tiden. Nye behov kan også ha oppstått i løpet av prosjektperioden.

Brukermedvirkning er sentral i KPA. Det gjenstår en god del før vi kan si oss fornøyd. Tilfredsheten bør ligge mellom 80-90 %. Både manglende programoppfyllelse og behovsdekning på sentrale livsområder forklarer hvorfor brukertilfredsheten vanskelig kan være optimal, og bekrefter andre undersøkelser som viser at man kan stole på det brukerne sier.

5.2. Veiledningen

5.2.1 Veilederne

Det ble startet en veiledningsgruppe i hver av de 7 kommunene. I tillegg ble det startet en gruppe på Folloklinikken for ansatte som jobbet med inneliggende langtidspasienter. Veilederne ble hentet fra DPS, både fra sengeavdelinger og poliklinikker. I tillegg ble to av veilederne rekruttert fra Blakstad sykehus. Samtlige grupper startet opp med en hovedveileder og en coveileder. I tillegg opprettet man også en pool med reserveveiledere som kunne gå inn ved forfall.

I tre av gruppene sluttet co-veilederne. En sluttet pga skifte av jobb. To ble langtidssykemeldte. To av co-veilederne ble erstattet av nye. En gruppe valgte å ikke ta inn en ny veileder da gruppen var kommet godt i gang med arbeidet og fungerte bra. Yrkesbakgrunn til de som hadde vært veiledere, både delvis og gjennom hele prosjektperioden var: 11 psykiatriske sykepleiere, 4 sosionomer, 1 ergoterapeut og 2 psykologer.

De fleste veilederne hadde veilederutdanning, men metodeveiledning og KPA-modellen var ny for alle. Samtlige understreket betydningen av å være to, både for å sikre stabilitet i gruppa, støtte hverandre og for å ivareta ulike roller. Bruk av to veiledere førte også til at mange blir kjent med KPA som verktøy og metode.

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

5.2.2 Evaluering av veiledningsgruppene

Koordinatorne fylte ut en skriftlig evaluering av veiledningsgruppene etter 6 og 10 måneder som tilbakemelding til veilederne. 32 av 45 koordinatører svarte. Spørsmålene var åpne og man kunne angi flere svar. Skjemaene fra evalueringen etter 10 måneder ble samlet inn, kategorisert og systematisert av GRUK. Resultatene ble meldt tilbake til hele læringsnettverket på erfaringskonferansene i kommunene. Svarene er vist nedenfor.

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

- Å arbeide systematisk og metodisk
- Brukermedvirkning og utfordringer dette medfører
- At arbeid med disse brukerne er tidkrevende
- Å samarbeide på tvers av etater og profesjoner
- Bedre innsyn i tjenestenettverket

Et av KPAs kjernepunkter er å ha brukers mål og behov i sentrum. Det er tydelig at koordinatorene har tatt dette på alvor gjennom å påpeke utfordringen som dette medfører både for bruker og koordinator. Utfordringen for koordinatorene har bl.a. vært å gi brukeren tid til selv å finne fram til sine egne behov og mål. For brukeren har utfordringen vært stor i forhold til selvstendighet og det å ta ansvar for eget liv. Brukeren har trengt god hjelp til å bli bevisst og akseptere sin egen situasjon og til å ta i bruk egne ressurser. Kontinuitet og etablering av en god allianse har vært viktig for å hjelpe brukeren til å få frem sine mål.

2. *Hva trenger du å lære mer om?*

- KPA-modellen og brukeren av den
 - konkretisere mål/delmål
 - utforming av individuelle planer
 - utarbeide kriseplaner
- Kunnskap om psykiske lidelser
- Tiltaksnettverket
- Hvordan motivere bruker

Her er en del utsagn:

- *Det vanskeligste er å lage mål- nesten en kulturrevolusjon. Det er vanskelig for bruker og vanskelig for koordinator.*
- *Vanskelig å lage mål fordi den praktiske situasjonen og behovene endret seg*
- *Brukerens forventninger var store, vanskelig å legge lista så lavt at mål lot seg gjennomføre.*
- *Brukeren så ikke sin egne situasjon*
- *Brukeren fungerer her og nå, lite interessert i å se fremover*
- *Brukerer ikke samarbeidsvillig, har vanskeligheter med å se fremover*

Dette er en ny måte å arbeide på for mange koordinatorene, og det er påkrevet med langvarig metodeveiledning for å lære KPA fullt ut. Dette underbygges av svarene på spørsmål 4, der mange koordinatorene ønsker seg mer konkret metodisk veiledning. Utformingen av individuelle planer utgjør også en utfordring bl.a. pga mangel på rutiner i skriftlighet og at man vant med muntlige avtaler.

Mange koordinatorene opplevde også behov for mer psykiatrifaglig kunnskap. Det kunne dreie seg om mer generell kunnskap om ulike psykiske lidelser og ulike tilnæringsmåter. Kunnskap om medisiner og bivirkninger ble også nevnt .

Flere koordinatorene ønsket også mer oversikt over tiltaksnettverket og hvordan det kan brukes. Det underbygger våre erfaringer som viser at selv i små kommuner er det ”skott” mellom etatene og liten kultur for samhandling.

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

- Trygt og godt
- Godt læringsutbytte
- Liten gruppefølelse pga frafall i gruppen

Det er tydelig at veilederne har greid å skape et trygt klima i gruppene. Dette er en forutsetning for godt læringsutbytte.

Noen koordinatorene viser til stort frafall i noen av gruppene som har skyldtes sykdom og andre nødvendige prioriteringer.

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

- Mer konkret metodisk veiledning
- Mindre fokus på skjemaer
- Færre veiledningssamlinger
- Større tverrfaglighet i gruppen
- Veiledere som har praktisk erfaring med metoden

Det vanligste svaret på hvilke endringer som kunne gjøre veiledningen mer nyttig, var økt fokus på modellen i veiledningsgruppene. Dette tyder på at koordinatorene ser behovet for metodeveiledning og trenger dette for å kunne gjennomføre opplæringen i tråd med programmet.

Mange opplevde mye fokus på skjemaer, og ønsket at dette skulle nedtones i veiledningssamlingene

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

Tabell 5 Vanskelighetsgrad i å gjennomføre arbeidsprosessen i KPA (n=32)

Faser i KPA-arbeidet	Lett	Middels vanskelig	Vanskelig	Ikke utført	Ubesvart
Avklare rolle og ansvar som koordinator	10	16	4	0	2
Utvikle relasjon til brukeren	18	6	6	0	2
Utvikle relasjon til nettverket	16	10	3	0	3
Kartlegge brukerens behov	8	14	7	0	3
Utarbeide mål og strategi for oppfølgingen	2	14	11	3	2
Lage planer for oppfølgingen	3	16	7	4	2
Koordinere tiltak	14	8	6	2	2
Vurdere resultater og justere planer	5	12	8	3	4

I alle veiledningsgruppene arbeidet de systematisk med avklaring av rolle og ansvar som koordinator, og dette ble også vektlagt på alle samlinger for veiledere og tilretteleggere. Dette ser ut til å ha gitt resultater, idet kun 4 fant dette vanskelig. Forskning fra England viser at en klar rolle- og ansvarsdeling i tjenestenettverket er en nøkkelfaktor for å lykkes med oppfølgingen av brukerne(5).

Tabellen viser at 6 av koordinatorene fant utvikling av relasjon til bruker vanskelig. De fleste opplevde det som enklest av trinnene i arbeidsprosessen. Det kan delvis skyldes at mange av koordinatorene kjente brukeren fra før. Å utvikle relasjonen til nettverket var det heller ikke mange som fant vanskelig. Dette svarer godt til programoppfyllelsen i denne delen av arbeidsprosessen.

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

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

Evaluering av oppfølgingen og justering av planene fant flertallet middels vanskelig eller vanskelig. Dette samsvarer med at programoppfyllelsen for denne delen av arbeidsprosessen er lav. Selve koordineringsarbeidet, det å få på plass tiltak og tjenester brukeren har behov for, ble vurdert som enklere. Det samsvarer med at programoppfyllelsen for denne del av arbeidsprosessen var noe høyere. Noen koordinatorene hadde ikke startet på denne fasen og det understreker at det kan ta lang tid å finne ut hva det er bruker ønsker og har behov for. Før dette er gjort vil det være lite hensiktsmessig å iverksette tiltak.

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

Resultatene samsvarer godt med resultater fra andre læringsnettverk.

6.0 Erfaringer fra kommunene

Erfaringene vil bli framstilt samlet for de 7 kommunene som var med. Kunnskap om innføringsprosessen i hver kommune og erfaringene med KPA kom gjennom tilretteleggerne i kommunene og fra oppstart- og erfaringskonferansene som ble avholdt i hver kommune.

6.1 Organisatorisk forankring

En viktig oppgave for tilretteleggerne var å sikre støtte fra ledere og mellomledere for prosjektet. De ble oppfordret til å gi skriftlig og muntlig informasjon til lederne, og tilretteleggerne fikk maler for egnede informasjonsskriv fra GRUK. Tilretteleggernes aktivitet varierte, og dette så ut til å ha betydning for forankringsprosessen.

Støtte fra ledere og mellomledere var avgjørende for at koordinatorene skulle få legitimitet i kommunen og få nødvendige arbeidsbetingelser for å gjennomføre oppfølgingen. Noen steder manglet dette.

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

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

6.2 Valg av brukere og koordinatore

Utvelgelsen av brukere og koordinatore ble som oftest gjort av mellomledere sammen med tilretteleggerne i kommunen. I mange tilfelle var også koordinator med på utvelgelsen av brukere.

Mange kommuner valgte først koordinatore for å få med deltakere fra forskjellige etater i kommunen. Utvelgelsen ble da som oftest foretatt av mellomledere sammen med tilrettelegger i kommunen. Ofte fikk koordinatorene en bruker som de kjente godt fra før, og som de hadde en naturlig kontakt med i kraft av sin fagjobb. Mange koordinatore hadde derfor fagspesifikke roller og oppgaver overfor brukeren i tillegg til koordinatorrollen. For noen koordinatore ble det vanskelig å skille fagrollen fra koordinatorrollen. Noen mente at dette også kunne skape forvirring hos brukeren. Andre opplevde ikke dette som noe problem. Rolleavklaring var et gjennomgangstema i mange av veiledningsgruppene.

Veiledningsgruppene hadde fra 5-9 medlemmer. Det ble lagt stor vekt på tverrfaglighet i gruppene for å sikre et best mulig læringsmiljø, og samtidig sikre tverretattlig samarbeid og gjensidig informasjonsutveksling. Der gruppene hadde vært lite tverrfaglig og tverretattlig sammensatt, ble dette påpekt som et savn.

6.3 Opplæring av koordinatorene

Koordinatorne gav uttrykk for at de savnet bedre opplæring i metoden før de startet opp med brukere, og savnet at veilederne ikke hadde praktisk erfaring i bruk av metoden. Etter ønske fra tilretteleggere og koordinatorene arrangerte vi et seminar for koordinatorene på slutten av prosjektperioden. Dette kunne med fordel ha vært i starten på prosjektet. I nye nettverk har vi nå lagt inn et startseminar for koordinatorene for å gi dem en felles samlet opplæring i hovedtrekkene i modellen.

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

6.4 Tilretteleggers rolle

Tilretteleggers rolle er avgjørende for å lykkes i arbeidet. Behovet for informasjon i egen organisasjon er stort og meget viktig for at koordinatorene skal ha legitimitet når de henvender seg til ulike deler av hjelpeapparatet på vegne av eller sammen med sin bruker.

6.5. Eksempler på erfaringer fra koordinatorene, brukere og pårørende

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

Koordinatorene sa:

- *Som sykepleier i hjemmebaserte tjenester har det vært en utfordring å innta rollen som koordinator. Det krever at man løfter blikket og inntar et fugleperspektiv. Vektleggingen av brukermedvirkning og brukerstyring har vært positiv. Skjema mengden var stor, og ut fra faglig skjønn måtte skjemaene brukes fleksibelt. Det viktigste har vært å samle seg om her og nå situasjonen og arbeide fram mot en bedre livssituasjon. Med utgangspunkt i brukers definerte behov, har tiltakene som ble satt i verk resultert i at brukere nå har en betydelig økt livskvalitet. Det har vært vesentlig å få tak i de viktigste problemstillingene brukeren opplever, og definere mål og tiltak ut i fra disse.*
- *Prosjektet har åpnet øynene for brukere med psykiske lidelser og deres hverdag. Positivt å møte medarbeidere i kommunen og skape allianser. Har utvekslet masse erfaringer. Artig å formulere ting i gruppa og få respons fra andre. Man får nye perspektiver og ser nye muligheter. Prosjektet har bidratt til at man får mer kunnskaper om kommunen og de ulike faggruppers arbeids- og ansvarsområder.*
- *KPA innebærer en tankegang som ikke er ukjent, men som her settes i system og blir konkretisert. KPA sikrer kvaliteten på tilbudene som utvikles, synliggjør hva behovet er og ansvarliggjør hele det kommunale systemet.*

Brukere sa:

- *Har lært mye om meg selv, fått mange a-ha –opplevelser ved hjelp av spørsmålene som ble stilt. Har diskutert mange av spørsmålene med koordinator, har også opplevd en økt bevisstgjøring av egne behov. Det var moro å fylle ut skjemaene, det gav meg nytt lys på min egen tilværelse. Det at ting endret seg fra 1.gangsutfylling til 2.gangsutfylling, gav mulighet til å se endringer helt konkret. Det var opprettet en ansvarsgruppe før KPA-prosjektet. Denne har fortsatt, men arbeidet i ansvarsgruppa har endret seg etter KPA. Alle har blitt mer strukturerte og målrettede. Gruppa har blitt mer sikre på hva som er mine reelle behov. Alt går mer på skinner etter KPA*
- *Den viktigste erfaringen som bruker har vært bevisstgjøringen på eget utgangspunkt. Har blitt mer klar over mitt eget ståsted. Har også fått ny bevissthet om hva som er mine ressurser og problemer, og har opplevd samtalene med koordinator som svært nyttige.*

Har jobbet med å kartlegge ferdigheter, mål og tiltak og er nå i ferd med å utarbeide en individuell plan. Målet er å bli mer selvstendig og flytte inn i ny leilighet. Det har vært fint å ha en person i nettverket som har hatt interesse og tro på meg.

Pårørende sa:

Oppfølgingen fra den oppnevnte ansvarsgruppen har vært betryggende god, sett fra oss som pårørende. Det har vært lett å ta opp problemstillinger av forskjellig karakter. Vi som foreldre har følt at det gjennom ansvarsgruppemøtene har vært enkelt å få tatt opp alt fra videreutdanning/arbeid til økonomi og trygdeordninger og få svar på dette. Det har vært vist en stor forståelse for x problemer. Det har vært kalt inn nødvendig bistand fra personer som har kunnet bidra på de forskjellige områder som det har vært nødvendig å belyse.

Koordinator har stor tillit hos x og hos oss som foreldre, og har fulgt opp på en positiv måte, og vært en meget god og tålmodig støtte. Noe som er viktig når ikke alt går som vi ønsker innimellom.

Før koordinatorstillingen og ansvarsgruppen ble opprettet, var det svært vanskelig å nå frem i det kommunale system. Den ene etaten kjente ikke til hva den andre gjorde i forhold til saker som gjaldt x. Kommunikasjonen var ikke til stede fordi bindeleddet manglet, nemlig koordinatorstillingen. Samarbeidet mellom kommune og Folloklinikken sett med våre øyne, var mangelfullt/dårlig av samme grunn.

Konklusjonen for oss som foreldre er at kontakten og samarbeidet med kommune i forhold til x før og etter koordinatorstillingen og ansvarsgruppen ble opprettet, er som dag og natt. Vi håper for all del at denne ordningen er kommet for å bli. Vi som foreldre er fornøyd og takknemlig for den.

7.0. Erfaringer fra Folloklinikken

7.1. Erfaringer fra tilrettelegger

Det har vært inspirerende å få være tilrettelegger og samarbeide med Gruk, ikke minst fordi de har vært så lydhøre for innspill fra alle deler av læringsnettverket. Metoden er gjennomtenkt og god. Den har et tydelig mål, og en verdiforankring: Bedring av tjenestetilbudet med utgangspunkt i brukeren - som en personlig rettighet. Det beste med KPA-prosjektet sett fra "systemnivå", var at vi fikk fokus på brukerne og tjenestesystemene samtidig, og fikk jobbet på flere nivåer parallelt. Vi har ikke funnet noe alternativ som har samme gode bredde i tilnærmingen.

Folloklinikken startet med prosjektet for å få bedre samarbeid med kommunene, og bedre oppfølging for pasienter og brukere som har nytte av at 1. og 2.linje samarbeider. Det tok litt tid før vi forsto hvordan vi skulle bruke alle elementene i opplegget, og noen av utfordringene vi fikk i starten har vi måttet jobbe med gjennom hele prosjektet. Det ville nok vært nyttig for oss med en mer konkret og praktisk introduksjon for veiledere og koordinatorene i starten. (Dette har Gruk forbedret for senere læringsnettverk)

Når forskrift om individuelle planer kom i 2001 så vi at KPA passet som "hånd i hanske" for dette arbeidet. Folloklinikken ønsker å bruke KPA i videre samarbeid med 1.linje og med sykehuset. Det ligger mange muligheter innebygget i tenkningen og verktøyet som vi ikke har utnyttet fullt ut ennå.

7.2. Erfaringer fra veiledere

Veilederne i prosjektet anser arbeidsmetoden for å være god. De karakteriserer KPA som en metode som har brukeren i fokus, som er strukturert, brukerrettet, bevisstgjørende, detaljert, tydelig og kvalitetssiktende.

Det har vært en del startproblemer og barnesykdommer i oppstarten, men dette har i følge veilederne falt på plass etter hvert.

På alle samlinger for veiledere ble det skrevet referater. Punktene i fortsettelsen oppsummerer noen av synspunktene som kom fram.

- Opplæringen av veiledere kunne vært bedre. Mange opplevde det vanskelig å veilede på en metode de selv ikke hadde prøvd ut i praksis. Det tok derfor lang tid før veiledere fikk det "pedagogisk grepet". Opplæringsseminaret kunne vært utnyttet bedre med for eksempel rollespill der man fikk trening i hvordan veilede på metoden.
- Det hadde vært mye frustrasjon i forhold til bruk og utfylling av kartleggingsprotokollen. De syntes det var mange skjemaer og det hersket mye usikkerhet rundt hvordan disse skulle brukes og hva som var intensjonene med utfyllingen. Veiledernes usikkerhet ble overført til koordinatorene som hadde mye vegring i bruk av skjemaene, spesielt i begynnelsen. Men selv om skjemavelde var overveldende i starten, har veilederne erfart at evalueringsprotokollen har fått koordinatorene til å utvide perspektivene. Protokollen har satt fokus på det som er viktig. Spørsmålene i protokollen har vært et

hjelpemiddel for koordinatorene til å bli bedre kjent med brukeren og få oversikt over brukerens situasjon. Selv der koordinator har kjent brukeren over lang tid, har protokollen bidratt til å sette lys på "blinde flekker". Veilederne forteller at sjekklisten har vært kvalitetssikrende i arbeidet for koordinatorene– *"jeg vet at jeg er på rett vei"*. Dette har gjort koordinatorene modigere.

Det ble også understreket at skjemaene har sikret medvirkning fra brukerne og at de har vært et godt utgangspunkt for en god dialog mellom hjelper og bruker.

- Tidspresset har vært ødeleggende for prosessen. Det tar tid å bygge relasjon til brukeren og kartlegge brukerens mål. Videre ble det påpekt at det var viktig med varsomhet i bruk av skjemaer sammen med dårlige brukere, og at man må følge brukerens tempo.
- Veiledersamlingen mellom erfaringsseminarene hvor det ble anledning til å dele erfaringer, ble vurdert som meget nyttige. Selv om de fleste hadde veilederutdanning og mye erfaring med veiledning, representerte dette en helt ny måte å veilede på.
- Arbeidet med rolleforståelse for koordinatorene var sentralt og mye i fokus i alle gruppene. Det var viktig at dette ble viet stor oppmerksomhet i opplæringen av veilederne.
- Alle veilederne fremhevet betydningen av tverrfaglige grupper. Deres erfaring var at det var mye kunnskap blant koordinatorene og de har vært flinke til å bruke hverandre i gruppene.
- Mange veiledere sa at de hadde økt sin kunnskap om kommunen og 1.linjens utfordringer

Ut fra tilbakemeldingene fra veilederne ble det lagt mer vekt på gruppearbeid på erfaringsseminarene som fokuserte på å bruke KPA-modellen i veiledningen.

I ettertid har vi også lagt om opplæringsseminaret i metodeveiledning, med mindre vekt på teori og mer praktisk trening for å bli bedre kjent med KPA-modellen, og hvordan den kan brukes aktivt i veiledningen. Vi har også forenklet evalueringsprotokollen.

Noen veiledere brukte tid sammen til å forberede seg til veiledningen og tid etter veiledningen til oppsummere denne, og dette virket nødvendig og nyttig og ble anbefalt overfor alle.

8.0 Videreføring av KPA

Erfaringene i alle kommunene var gode og samtlige kommuner ønsket å videreføre modellen om enn i noe forskjellig form. En kommune sa at de ikke ønsket å videreføre KPA i sin helhet, men ta vare på de beste delene. De syntes metoden ble for omfattende. Noen kommuner ønsket å videreføre modellen til andre grupper med behov for koordinerte tjenester.

Alle slo fast at det er et klart behov for koordinering av tiltak og helhetlig tenkning i forhold til videre arbeid med personer med langvarige og alvorlige psykiske problemer. Felles forståelse og arbeidsmodell i alle nivåer i tjenestetilbudet er en forutsetning for å få dette til. Siden Folloklinikken og alle Follo-kommunene har satset på KPA-modellen, ville det være fordelaktig at alle nivåene, også Blakstad sykehus, var med i videre utvikling av KPA.

Samtlige kommuner uttrykte behov for veiledning fra andrelinjen for å fortsette sitt KPA-arbeid. Voksenpsykiatrisk avdeling ved Folloklinikken ønsker fortsatt å tilby veiledning for KPA-koordinatorer i kommunene, i denne omgang for 1 år, og da fortrinnsvis 2 timer per måned. Veiledere i prosjektet vil bidra til at det blir en KPA-gruppe med en veileder i hver kommune.

Folloklinikken understreker at KPA-veiledningen ikke erstatter spesialisthelsetjenestens ad hoc-veiledning i løpende pasientsaker, akutte spørsmål og behandlingsmessig samarbeid omkring enkeltpasienter. De er åpne for å drøfte andre former for tverrfaglig gruppeveiledning for kommunens tjenester, dersom kommunen ønsker det. De har imidlertid ønske om å etablere KPA-metodikken i tjenestenettverket før de skifter fokus for veiledningen. Follo-klinikken ser på KPA som et verktøy i arbeidsprosessen med individuell plan, og ser gode muligheter for et mer samordnet hjelpetilbud.

Follopsykiatrien og kommunene lager forslag til en overordnet samarbeidsavtale vedrørende tiltak for mennesker med langvarige og alvorlige psykiske lidelser, med KPA som felles arbeidsverktøy. Samarbeid skal ta utgangspunkt i forskrift om individuelle planer både på individnivå og på tjeneste-/systemnivå.

9.0 Konklusjon og anbefalinger

Prosjektet ble avsluttet ca to måneder etter tidsplanen. Utsettelsen var etter ønske fra koordinatorene og veiledere for å få mer tid til å jobbe med evalueringsprotokollen og dermed bedre grunnlag for å evaluere prosjektet.

Erfaringer fra kommunene og psykiatrien er positive. Follo-klinikken har vedtatt å gi fortsatt veiledning i modellen i ett år fremover til alle kommunene.

Evalueringen av prosjektet viser at brukeren får et bedret tjenestetilbud og får dekket flere av sine behov. Men det gjenstår en god del før brukerne er tilfredse. På erfaringsseminarene kom det allikevel frem sterke meddelelser fra brukerne om betydningen av å ha en person i tiltaksnettverket å forholde seg til.

Medarbeiderne har økt sin oppfyllelse av programmet, men det gjenstår en del før alle har fullført oppfølgingen i tråd med KPA-modellen. Det som gjenstår er særlig utarbeidelse av skriftlig målsetting for brukeren, og ferdigstilling av skriftlige planer. Mange koordinator presiserer at ”ting tar tid” og at det er viktig at man går i ”takt med pasienten”.

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

Veilederne har gjennomført veiledningen på en tilfredsstillende måte selv om de ikke var kjent med metoden fra eget arbeid. Evalueringen av veiledningen viser at koordinatorene er fornøyde, men de ønsker enda mer fokus på KPA-modellen i veiledningen.

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

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

Lederne som var tilstede på oppstart - og erfaringskonferanser, uttrykte støtte til prosjektet. Vi ser at denne støtten også er avgjørende fremover om man skal lykkes i videreføringen. Kvaliteten på de tjenester som brukerne mottar er et lederansvar og der hvor dette utøves, inspireres medarbeidere til å yte sitt beste. Det blir også viktig for lederne å avklare hvordan lokale helseforetak skal forholde seg i forhold til KPA og hvordan det arbeid som skjer inne på avdelinger kan samordnes med den oppfølgingen brukerne får ute i kommunene. Det vil også være en fordel om erfaringene med KPA-modellen overføres til alle brukere i kommunen som trenger en individuell plan. Først når alle brukere med tilsvarende behov blir

møtt på samme måte i hele tiltaksnettverket, vil vi lykkes å gi helhetlig og koordinert oppfølging.

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

Referanser

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