

## *"PLANEN SKAL VÆRE GOD FOR MEG"*

### KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID:

Eksempel på en kvalitetsstrategi for  
individuell oppfølging på tvers av tjenester

## **Forord**

Denne rapporten samler hovedresultatene fra en serie KPA-prosjekter for personer med langvarige og alvorlige psykisk lidelser. Prosjektene er gjennomført som læringsnettverk i samarbeid mellom spesialisthelsetjenestens distriktpspsykiatri (DPS) i sju distrikter og førstelinjetjeneste i 28 kommuner og seks bydeler som yter tjenester til psykisk syke. Stiftelsen GRUK har vært prosjektledere, og samarbeidet tett med lokale tilretteleggere i kommuner/bydeler og DPS. Sosial- og helsedirektoratet, avdeling for tjenesteøkonomi, har bidratt økonomisk til arbeidet med rapporten i 2004. Jeg har vært ansatt i GRUK som KPA-medarbeider i 3 år, og denne rapporten oppsummerer en viktig del av arbeidet jeg har deltatt i der.

KPA-modellen bidrar til å etablere rammer og struktur for krevende arbeidsoppgaver og utfordringer. Modellen er på ingen måte en fasit for arbeidet, men en hjelp til å tenke gjennom og utføre koordineringsarbeid for og med alvorlig syke tjenestemottakere. Det er dreier seg om å få fram det nødvendige som skaper en god helhetssituasjon for hver brukeren.

Gjennom KPA-prosjektene har jeg fått møte flere hundre helse- og sosialarbeidere, som har bidratt til å samle erfaringer og utvikle arbeidet med modellen videre. ”Her har vi (endelig) en metode som virker!” Og: ”Det er slik vi må arbeide”, har vært vanlige utsagn i oppsummeringen av prosjektene.

Rapporten leveres i forkortet utgave som mastergradsoppgave i sosialt arbeid ved Høyskolen i Oslo i 2005. Det har vært en utfordring å knytte dette arbeidet til akademiske forventninger og krav, og om ikke annet er oppnådd håper jeg arbeidet bidrar til å redegjøre for et konsept som brukere, pårørende og medarbeidere venter utålmodig på blir gjort til vanlig arbeidsmetode i helse- og sosialtjenestene!

Jeg takker Anne Marte Evenstad, Helga Karlsen og Unni Pedersen for inspirerende samarbeid i KPA-prosjektene, og Michael de Vibe også for rikelig støtte og faglig veiledning i utarbeidelsen av denne rapporten.

Jeg takker Stiftelsen GRUK for lærerike år.

Oppegård mai 2005

Eli Ådnøy

# ”Planen skal være god for meg”

## Koordinering av psykososialt arbeid: Eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester

Forord.....	2
<i>1. Innledning.....</i>	<i>5</i>
1.1 Kvalitet på individuell oppfølging på tvers av tjenester.....	5
1.2 Denne rapporten .....	7
<i>2. Individuell plan – en introduksjon .....</i>	<i>9</i>
2.1 Lovbestemmelsene .....	9
2.2 Individuell plan sett fra tre forskjellige ståsted .....	9
2.3 Instans for IP-henvendelser .....	13
2.4 Nye utfordringer .....	13
<i>3. Kvalitet i sosial og helsetjenestene.....</i>	<i>14</i>
3.1 WHO's kvalitetsbegrep (CQD) .....	14
3.2 Sosial- og helsedirektoratets utkast til kvalitetsstrategi .....	15
3.3 Kvalitetsforbedring som ”praktisk disiplin” .....	18
3.4 Oversikt over kvalitetsforbedringsprosessen .....	20
<i>4. Modell for kvalitetsarbeid for individuell oppfølging.....</i>	<i>22</i>
4.1 KPA-modellen.....	22
4.2 Organisering av KPA-prosjektene.....	26
4.3 Alternativer: Ulike organiseringsmåter .....	31
<i>5. Teorigrunnlag for KPA-arbeidet.....</i>	<i>37</i>
5.1 Navnet ”KPA-modellen” .....	37
5.2 Teorigrunnlag for KPA-modellen .....	37
5.3 Teori for gjennomføring av prosjektene.....	41

6. Design og metode.....	44
6.1 Utforskning av spørsmålsstilling.....	44
6.2 Design og egen rolle.....	45
6.3 Datainnsamling i KPA-prosjektene.....	46
6.4 Metode for utarbeidelse av rapporten.....	48
7 Gjennomføring av KPA læringsnettverk 2000 - 2003.....	52
7.1 Oversikt over KPA-prosjektene.....	52
7.2 Brukere og koordinatorene.....	53
7.3 Veiledningsgruppene.....	58
7.4. Læringsnettverkene.....	59
8.0 Resultater fra KPA-prosjektene.....	63
8.1 Virkningsfulle tiltak.....	63
8.2 Sikre tjenester.....	73
8.3 Brukermedvirkning.....	79
8.4 God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet.....	84
8.5 God ressursutnyttelse.....	88
8.6 Rettferdig fordeling.....	91
9. Oppsummering og konklusjon.....	93
9.1 Sterke sider ved modellen.....	93
9.2 Utfordringer.....	95
Tabeller og figurer.....	101
Litteratur og kilder.....	103
Vedlegg 1: Evalueringsprotokoll (versjon oktober 2001).....	i
Vedlegg 2: Eksempel Bydel Bygdøy Frogner.....	x

# 1. Innledning

Brukere av helse- og sosialtjenester opplever i mange ulike sammenhenger at det er vanskelig å oppnå tjenestene de har behov for. *Individuell plan* (IP) er en ny pasientrettighet som skal bidra til at brukerne skal få tjenestene de trenger og tjenestene skal bli samordnet for dem. Den individuelle planen skal bidra til å begrense hindringene brukerne har møtt hittil. Medarbeidere i tjenestene som møter brukerne erfarer stadig at tjenesteløsninger som velges for brukerne ikke alltid gir god ressursutnyttelse, og mange er avventende til hvorvidt den nye pasientrettigheten kan føre til forbedringer i tjenesteytingen. Ledere i tjenesteorganisasjonene har oversikt over sin egen tjeneste, men ikke hvordan tjenestene samarbeider og utfyller hverandre.

De ulike aktørgruppene ser hver sin side av et sammensatt oppgaveområde, og det er grunn til å spørre seg: Hvordan skal vi ta fatt for å finne løsninger og ikke bli stående å stange i problemene? Har vi strategier som tar høyde for slike komplekse oppgaver? Det er behov for løsninger som er til hjelp for alle som skal bidra i dette arbeidet. En viktig start kan være å begynne og registrere hvordan denne type oppgaver løses, og vurdere modeller og tiltak for å løse slike oppgaver. Kvalitet på tjenestene kan måles, og det enkleste er å tenke at det måles for hver enkelt tjeneste – en etter en. Med utgangspunkt i forskrift om individuell plan er det blitt tenkbart å måle kvalitet ut fra det brukeren *til sammen* mottar. Brukeren trenger et tjenestetilbud som i sum er helhetlig og samordnet, og vi vil gjerne vite i hvilken grad *tjenesteytingen som helhet* har lyktes.

Vi har fått mulighet for en ny kvalitetstenkning i behandling og tjenesteyting:

*Forskrift om individuell plan* representerer ideer i tråd med moderne behandlingsprinsipper som både pasienter, behandlere og andre aktører ønsker blir satt ut i livet: Brukere som har behov for koordinerte tjenester har rett til å få én plan for sitt tjenestetilbud, og han eller hun skal kunne si ”Planen er god for meg”. God kvalitet i tjenesteyting og behandling knyttes til prinsipper som kontinuitet og sammenheng for bruker, til verdier og livskvalitet.

## **1.1 Kvalitet på individuell oppfølging på tvers av tjenester**

En lang rekke aktører er i gang med arbeid for å sette prinsippene for individuelle planer ut i livet, til beste for den som er pasient, klient eller bruker. Alle møter hindringer og

utfordringer, både internt i tjenesten og mellom tjenestene. Det er mange hensyn som skal veies.

Denne rapporten beskriver en modell for kvalitetsarbeid knyttet til individuell plan: Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarig og alvorlig psykisk lidelse (KPA). Modellen springer ut fra opplegget for ”KPA-læringsnettverk” som Stiftelsen GRUK (2004) (Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten) har utarbeidet.

Er dette en modell som fremmer virkningsfulle tiltak? Skaper den sikre tjenester? Blir brukermedvirkningen styrket ved å bruke denne modellen? Fører den til god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet for brukeren? Fører modellen til god utnyttelse av ressursene og at tjenestene blir rettferdig fordelt for de som trenger det? Kan vi si noe om tjenesteytingen som helhet har lyktes? Disse spørsmål skal jeg prøve å finne svar på ved å oppsummere resultater fra sju KPA-læringsnettverk. Prosjektene har vært gjennomført i like mange distrikter, som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenestens lokalpsykiatri og kommunene i deres distrikt i perioden 2000-2003. Modellen er beskrevet av Brun Pedersen m.fl. (1998).

Initiativet til å utvikle KPA ble tatt på 1990-tallet av en gruppe helsearbeidere i Skien som etter hvert ble opptatt av å få kvalitet inn i tjenesteytingen med utgangspunkt i brukeren, ikke bare i den enkelte tjeneste. KPA-modellen bygger på en rettighetstenkning, også i tjenesteytingen til mennesker med alvorlig psykisk lidelse, og bygger på de samme verdier og prinsipper som individuell plan. Kvalitetsarbeidet i KPA tar utgangspunkt i tilbudet til brukeren fra ulike deler av tjenestesystemet samtidig, ut fra hvilke tjenester brukeren har behov for. Kvalitetstenkningen baserer seg på at tjenestene brukeren trenger skal være tilgjengelige og preget av kontinuitet, og gis slik at brukeren medvirker og er tilfreds med tjenestene. Medarbeiderne må vurdere faglig kvalitet og risiko for feil og skader, og ledelsen må sørge for god ressursutnytting. Alle disse hensynene må veies i forhold til hverandre for at kvalitet skal oppnås. Vi snakker om ulike kvalitets-akser, eller kvalitetsdimensjoner (WHO 1993, Sosial- og helsedirektoratet 2003). KPA er en modell for iverksetting av slike prinsipper.

Kvalitet er noe som erfares, og dette er en kunnskapstype som ikke gir ”sikker viten”. Mer viktig enn å vite ”sikkert” hva kvalitet er, er å komme fram til enighet om hva vi ønsker kvalitet skal bestå i, og hvordan vi kan vite om vi har oppnådd kvalitet: For å vurdere i

hvilken grad vi har lykket må vi utveksle erfaringer og samhandle. Vi trenger arenaer for slike prosesser. KPA-læringsnettverkene skaper slike arenaer.

Det er tjenestetilbudet til brukeren, og brukerens erfaring med tjenestetilbudet som er avgjørende for kvalitetsvurderingene: Underveis i arbeidet kartlegges brukertilfredshet, behov for tjenester, programoppfyllelse og tidsbruk. Dette er tilbakemeldinger som brukes for å forbedre tjenestetilbudet og koordineringen av dette i forhold til individuell oppfølging, og for å sikre rammene for koordineringen.

KPA-modellen er eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester. Testen på hva som virkelig er en *god* kvalitetsstrategi har vi først når brukere som har behov for koordinerte tjenester jevnt over har fått den individuelle planen de trenger, og bekrefter: Planen er god for meg. Da kan vi undersøke hvilke elementer som fører fram til et slikt resultat og hvordan slike prosesser kan støttes. Det vi vet allerede nå er at en slik kvalitetsstrategi vil involvere en rekke aktørgrupper, den setter i gang flere typer samhandling og forutsetter beslutninger på flere nivåer.

## **1.2 Denne rapporten**

I kapittel 2 gis introduksjon til individuell plan, og i kapittel 3 presenteres ulike kvalitetsbegreper og kvalitetsdimensjoner. Kvalitetsforbedring som praktisk disiplin bringes inn som et aktuelt endringsverktøy. I kapittel 4 introduseres KPA-modellen og alternative måter å sikre kvalitet på tvers av tjenester. Kapittel 5 beskriver teorigrunnlag for KPA-arbeidet, mens kapittel 6 dreier seg om design og metode. Metodene som er brukt for å utarbeide denne rapporten bygger på det metodiske arbeidet som er gjort i prosjektene.

I kapittel 7 gis en gjennomgang av bakgrunnsopplysninger fra læringsnettverkene som er har vært ramme for KPA-prosjektene i årene 2000- 2003. Her presenteres generelle kjennetegn ved brukere og koordinatorene som har deltatt i prosjektene: Brukernes kjønn, gjennomsnittsalder og sykdomsgruppe, og koordinatorenes yrkes-/utdanningsbakgrunn. I kapittel 8 presenteres hovedresultatene fra evalueringsprotokollene brukerne og koordinatorene har fylt ut i prosjektene, slik at de belyser kvalitetsdimensjonene i Sosial og helsedirektoratets kvalitetsstrategi. I avslutningskapittelet oppsummeres sterke sider og utfordringer knyttet til modellen.

Forfatteren har vært GRUKs medarbeider i tre KPA-prosjekter, og rapporten er utarbeidet for å samle GRUKs egne data. Sosial- og helsedirektoratet har gitt økonomisk støtte til denne delen av arbeidet. Den teoretiske bakgrunnen for KPA-modellen er deretter utdypet noe, og rapporten er gitt form med tanke på å svare til kravene som stilles en mastergradsoppgave i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo. Dette er et systematisk arbeid som gir oppsummering og sammenstilling av data.



## **2. Individuell plan – en introduksjon**

### **2.1 Lovbestemmelsene**

Individuell plan er en pasientrettighet som trådte i kraft 1.7.2001, og som gir personer med behov for koordinerte tjenester rett til å få disse samordnet i én plan. Rettigheten er lovfestet i pasientrettighetsloven, og pliktdelen av lovgivningen ble i utgangspunktet gitt i tre helselover: Kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.

*Forskrift* om individuell plan etter helselovene ble vedtatt 8.6.01, noen få uker før forskriften ble gjort gjeldende. Det var mange spørsmål omkring iverksettingen som måtte avklares etter forskriften var iverksatt.

Fra 2004 er også sosialtjenesten pålagt den samme plikten. :

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren, jf. § 8-4.

Sosialtjenesten i kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvem rettigheten gjelder for, og om planens innhold. (Sosialtjenesteloven § 4-3a. Rett til individuell plan)

Ny forskrift for individuell plan etter helselovene og sosialtjenesteloven ble fastsatt i 2004, gjelder fra 1.1.2005, og er en videreføring av helselovforskriften. Forskriften utdyper rettigheten og formålet, hvem som har ansvar for å utarbeide planen, og den gir detaljert oversikt over planens innhold. I *Veileder* for individuell plan 2001 legges det vekt på at målet med individuell plan er at brukeren (som i denne sammenheng brukes synonymt med ”pasient”) skal få et tjenestetilbud som er tilpasset brukerens ønsker og behov, og siktemålet med lovgivningen er å sørge for en arbeidsprosess som gir brukeren god kvalitet på tjenestene. Det har ingen hensikt å lage en plan hvis den er uten verdi for bruker.

### **2.2 Individuell plan sett fra tre forskjellige ståsted**

Hva innebærer det å bruke IP rent praktisk? For noen følger individuell plan velkjente prinsipper, for andre er det mer ukjent. Jeg har utarbeidet tre ”skisser” for å illustrere hva individuell plan dreier seg om, sett gjennom ulike aktørgruppers briller. Hver skisse gir en kort beskrivelse av hva individuell plan er sett fra aktørgruppens ståsted og hvordan arbeidet med en individuell plan arter seg når det fungerer, og noen ”underveisrefleksjoner” er lagt inn

for å vise eksempler på vanlige utsagn og tanker som er typiske for aktørgruppen, knyttet til arbeidsprosessen. Skissene er inspirert av erfaringer deltakere i KPA-læringsnettverkene har bragt inn i evalueringene av prosjektene. Ingen av skissene har opphav i enkeltpersoner.

*Skisse 1: Individuell plan fra brukerens ståsted*

Individuell plan er *min* plan. Det er en oversikt over hvem som er mine hjelpere, hva slags tjenester jeg får de ulike stedene og hvor ofte jeg får det. Det er mine ønsker og behov som styrer hvordan den individuelle planen blir. Vi jobber sammen, min koordinator og jeg, for å finne fram til hva jeg kan og hva jeg vil ha med i planen.

*Underveis-refleksjon (en tenkt brukers betraktninger): Planen min er ikke helt ferdig ennå, og det vil nok ta litt tid. Vi startet med å finne fram til hva mitt mål er, og vi gjorde det sånn at vi snakket om hva som er viktig for meg. Alle er forskjellige; - andre skriver det kanskje bare ned. - Jeg likte at vi snakket litt fram og tilbake om hva jeg trengte mest og hva det er mulig å få til.*

Individuell plan gir ikke rett til noe annet enn en koordinator og at tjenestetilbudet mitt blir koordinert: Jeg har en personlig koordinator som hjelper meg å finne fram til hva som er muligheter for meg, og som sørger for at det blir sendt inn søknader på det jeg vil søke på.

Vi har faste møter hver uke eller annen hver uke, og skal ha det til planen er ferdig laget. Nye tjenester og tilbud må passe inn ved siden av det jeg har allerede.

*Underveis-refleksjon (en tenkt brukers betraktninger): Vi har hatt møte med ansvarsgruppen min. Koordinator og jeg diskuterte hvem jeg skulle invitere. Jeg vil gjerne ha med de som gir meg behandling og tjenester som jeg trenger, slik at de innretter seg etter hverandre i forhold til meg. Jeg har også med min nærmeste pårørende, som er den som kjenner meg best. Vi avtalte hva alle gjør videre. Vi skal ha nytt møte for å se at alle får til det vi planla.*

*Siden skal vi ha flere møter for å passe på at planen dekker opp for det viktigste jeg trenger i hverdagen. Så lenge jeg har en god personlig koordinator trenger vi ikke ansvarsgruppemøter så ofte.*

## *Skisse 2: Individuell plan fra behandlers og tjenesteyters ståsted*

Individuell plan er *brukerens* plan. Det er en oversikt over hvem som er hjelpere, hva slags tjenester eller behandling de gir, omfang og varighet. Det er brukerens ønsker og behov som styrer hvordan den individuelle planen blir. Den som er personlig koordinator har en viktig oppgave sammen med brukeren. I fellesskap finner de fram til hva som skal stå i planen.

*Underveis-refleksjon (en tenkt tjenesteyters betraktninger): Individuell plan må bygges opp sammen med bruker og NB: i hans tempo. Det er viktig at brukeren medvirker, og får brukt sine ressurser. Når vi tar oss tid til dette blir brukeren mer selvhjulpne i det lange løp, og det er gunstig for alle parter. Brukerens mål er ikke alltid fullt ut det samme som målet for behandlingen eller tjenesteytingen, og det er viktig vi tilbyr den delen av tjenestene brukeren kan nyttiggjøre seg.*

Individuell plan gir rett til å få et koordinert tjenestetilbud, og en kontaktperson eller personlig koordinator. Koordinator etablerer kontakt med bruker og gjør faste avtaler om samarbeidet dem imellom. I tillegg gjør koordinator seg tilgjengelig mellom avtalene, eller de faste avtalene gjøres hyppigere hvis brukeren har behov for det. Koordinator får støtte i brukerens behandlingsnettverk for å utføre sin jobb. Vi som er brukerens tjenesteytere og behandlere informerer om hvilke tjenester eller behandlingsmuligheter som er aktuelle for brukeren, og bidra til at brukeren, pårørende og koordinator får informasjonen hver av dem trenger.

Koordinator på sin side er oppsøkende i forhold til hva som er mulige tjenester og relevant informasjon. Involverte behandlere og tjenesteytere foreslår samarbeidsmøter overfor bruker og/eller koordinator når det er aktuelt. Koordinator følger med på at tjenester og tilbud som gis brukeren er tilpasset hans situasjon og behov.

*Underveis-refleksjon (en tenkt behandlers betraktninger): Brukeren inviterte til ansvarsgruppemøte, etter at han hadde drøftet med koordinator hvem som burde være med. Ansvarsgruppemøtet er et koordineringsmøte, og et møte for å dele informasjon. Vi som gir behandling og tjenester som overlapper må innrette oss etter hverandre. Det er nyttig at en nær pårørende deltar i møtet. Å delta i samme møte er ok i forhold til taushetsplikten, for alle får samme informasjon. Vi har avtalt at videre ansvarsgruppemøter holdes når det er behov*

*for å justere samordning av tjenestene og for å evaluere oppfølgingen. Når koordinator inntar en aktiv rolle, er ansvarsgruppemøter godt forberedt og av kort varighet, og dette gjør møtene mer effektive.*

### *Skisse 3: Individuell plan sett fra tjenestesystemenes side*

Individuell plan er en plan som viser hvilke behandlere og tjenesteytere en enkelt bruker eller pasient har, og hva slags tjenester han eller hun får, med omfang og varighet. Planen er individuelt tilpasset og er utarbeidet av en koordinator sammen med brukeren. Dette er en plan som utarbeides for å sikre brukerens rettigheter. Det er en oversiktsplan. Brukerens situasjon, ønsker og mål er utgangspunktet når planen lages. Dette er en plan for hver enkelt bruker, som også kan være nyttig for tjenestenes kvalitetsarbeid framover.

*Underveis-refleksjon (en tenkt leders betraktninger): Det tar noe tid å lage en plan for hver enkelt bruker så vi får ta dette arbeidet puljevis, og begynne med de som trenger det mest. Men vi ønsker å optimalisere ressursbruken, ikke minst ved at tjenestene vi setter inn overfor "multibrukere" er samordnet med andre tjenester. "Multibrukere" som får fragmentert hjelp blir svingdørspasienter i årevis, og det er ingen tjent med. Hvordan finner vi fram til hvem som tar koordinatoroppgaven i hvert enkelt tilfelle når vi har en bruker det er aktuelt for? Hvor kan publikum henvende seg med ønske om en individuell plan?*

Individuell plan er ikke en rettighet til andre tjenester enn en koordinator, og at tjenestetilbudet blir koordinert. Behandling og bestemte tjenester som tas med i planen må utløses på samme måte som tidligere, ved søknad eller henvisning. Koordinatorfunksjonen er ny i regelverket, og dette er en stadfesting av praksis. Noen vil si at taus kunnskap her er gjort eksplisitt. Et tjenestetilbud som er samordnet og tilpasset brukeren fører til at brukeren blir mer fornøyd med sitt tjenestetilbud. Dette er målrettet arbeid som skaper resultater.

*Underveis-refleksjon (en tenkt leders betraktninger): Det er hensiktsmessig å bruke personlig koordinator og ansvarsgruppemøter vekselvis slik at de utfyller hverandre, og at de støtter brukerens og pårørendes ressurser. Vi må hele tiden tenke på hvordan vi får de beste resultatene for brukerne ut av det vi har av tid og penger i tjenestene. Individuell plan er også et redskap for å styrke brukermedvirkning.*

## **2.3 Instans for IP-henvendelser**

I lovgivningen er ansvaret for å starte arbeidet med å lage individuell plan lagt til den instans som har kontakt med pasienten eller brukeren. Slik sett er enhver sosial- og helsetjeneste med plikt til å utarbeide individuell plan en instans brukerne kan henvende seg til med forespørsel om individuell plan. I Veileder for individuell plan (2001) heter det også: ”Det bør finnes en instans i kommunen som er gitt et spesielt ansvar for å vurdere hvem som har behov for, og rett til, en individuell plan.” Dette innebærer at kommunene gis et spesielt ansvar i forhold til individuell plan, uten at spesialisthelsetjenestenes plikt til å delta i utarbeidelsen av individuelle planer er redusert.

## **2.4 Nye utfordringer**

Individuell plan fører til endringer i det praktiske arbeidet for mange. Det viktigste med ordningen er at den skal føre til bedre sammenheng og helhet i tjenestetilbudet for brukerne, og dette er noe mange brukere og pårørende, tjenesteytere og behandlere har jobbet for i mange år. Det nye er at dette er blitt en lovfestet rett i en rekke tjenester, også de spesialiserte helsetjenestene, og at utarbeidelse av én plan er gjort til en rettighet for brukere med langvarig behov for koordinerte tjenester. Det er kanskje ikke store endringer som skal til. I noen organisasjoner er en bevisstgjøring av hvilke ledd i arbeidet som dekker opp for lovkravet det eneste som trengs. I andre organisasjoner må behandlerne begynne å snakke med sine brukere og tilpasse tjenester og tilbud til deres ønsker og behov, de må samarbeide med pårørende og andre behandlings- og tjenestesteder, og de må bli enige om hvordan de ulike tjenestene skal innpasses i hverandre for hver enkelt bruker. Da kan det være snakk om relativt store endringer av forståelse, arbeidsvaner og holdninger.

Det er tvil og usikkerhet om hvilken betydning de nye bestemmelsene skal ha for den enkelte organisasjon. Brukerens møte med tjenesteapparatet blir berørt. Behandlers og tjenesteyteres kontakt med pasient og bruker blir påvirket, og det er etablert en plikt til dialog mellom tjenesteytere om felles bruker. Ledelsen av tjenesteorganisasjoner er berørt. Alle har behov for å avklare sine nye roller og finne fram til felles forståelse.

Slike endringer kan vi velge å forstå som læringsprosesser som må løpe fram til gode dialoger er etablert mellom de respektive aktørgruppene. Vi trenger arenaer på tvers av tjenester for å prøve ut løsninger, og lære oss hvordan vi må arbeide for å samarbeide.

## 3. Kvalitet i sosial og helsetjenestene

### 3.1 WHO's kvalitetsbegrep (CQD)

Kvalitetsutvikling er et viktig satsningsområde: Både pasienter og befolkning er i økende grad opptatt av kvaliteten på helsetjenestene og har forventninger. Politikere og helsemyndigheter krever dokumentasjon på kvalitet, og forventer kontinuerlig forbedring. Allerede i 1993 ga Verdens helseorganisasjon ut *Continuous quality development: a proposed national policy* (CQD). (WHO 1993). Kontinuerlig kvalitetsforbedring, CQD, er en dynamisk prosess som identifiserer de beste helsetjenestene, og benytter disse for å oppnå fremragende (superlative) praksis.

Denne typen kvalitetsutvikling er forbedringer som er bredere enn det som oppnås gjennom kvalitetskontroll, vurdering, forbedring og gjentatt kontroll. Tradisjonell kvalitetskontroll har fokus på å identifisere og fjerne feil, og fører til kvalitetsforbedring av de 5 prosent dårligste resultatene. CQD tar utgangspunkt i de 5 prosent beste resultatene, kartlegger og analyserer hvordan resultatene er oppnådd, samt hvilke strukturerer som støtter disse prosessene. Ut fra denne kunnskapen utarbeides retningslinjer for praksis som tas i bruk i bredt omfang, og gir mulighet for å forbedre de midterste 90 prosent av resultater.

Man følger med i utviklingen gjennom ulike typer målinger og formidler dette tilbake til dem som skaper forbedringene: Et sentralt prinsipp i CQD er at kvalitet fremmes gjennom medarbeidere som styrer eget arbeid og får mulighet til å evaluere arbeidet de gjør kontinuerlig. Organisasjonens ledelse har det overordnede ansvar for arbeidet som utføres, og legger aktivt til rette for at medarbeiderne skal evaluere sitt eget arbeid, og de etterspør hvilke resultater som oppnås og hva som hindrer at planlagte mål nås. Alle medarbeidere har et fundamentalt behov for å gjøre en god jobb, og i dette ligger kimen til bedre tjenestekvalitet, sammen med en mulighet for personlig utvikling for hver enkelt medarbeider. Ledelsen har ansvar for at mål blir satt og vurderer hvilken innsats som settes inn i for å oppnå målene.

I en kvalitetsforbedringsprosess benyttes mange og forskjellige metoder på de ulike trinn. Hovedpunktene i kvalitetsforbedringsprosessen er:

- å sette mål
- vurdere "Hva er kvalitet?"

- forbedre kvaliteten
- følge opp; evaluerer, justere og videreføre

CQD skiller seg fra helseforskning: Forskning søker systematisk etter kunnskap/viten.

Kvalitetsutvikling arbeider for å sikre at ny validert kunnskap brukes optimalt i behandling og omsorg. Selv om dette er ulike formål fordrer begge bruk av metoder basert på anerkjente vitenskapelige prinsipper.

I rapporten fra WHO oppsummeres kvalitet slik:

the components of high-quality health care can be described as:

- a high degree of professional excellence
- efficiency in the use of resources
- minimal risk to the patient
- satisfaction of the patient
- the final health impact.

Oversatt til norske forhold dreier dette seg om: Høy faglig standard, få skader og bivirkninger, god tilgjengelighet og kontinuitet, høy brukertilfredshet og god ressursutnyttelse (Se Statens helsetilsyn, Utredningsserien nr 5 – 2001)

### **3.2 Sosial- og helsedirektoratets utkast til kvalitetsstrategi**

Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet grunnlagsdokument for felles kvalitetsstrategi for sosial og helsetjenester i 2003. Både grunnlagsdokumentet og utkast til kvalitetsstrategi har fått navnet ”...og bedre skal det bli”. Strategien er i ferd med å bli tatt i bruk allerede før den er vedtatt som gjeldende, og dette tyder på at tjenestefeltet har behov for denne typen signaler (se de Vibe 2004). Det er grunn til å se nærmere på innholdet i denne kvalitetsstrategien.

I grunnlagsdokumentet defineres ”Hva er god kvalitet?” slik:

Det er kvalitet i en tjeneste dersom den er i tråd med sitt formål. Med dette som utgangspunkt, legger vi vekt på å konkretisere og operasjonalisere formuleringene i de ulike lovenes formålsparagrafer. Følgende kjennetegn fremgår i gjeldende lovverk:

Virkningsfulle tiltak  
Sikre tjenester  
God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet  
Brukermedvirkning  
God ressursutnyttelse  
Rettferdig fordeling (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 45)

Dette er en kombinasjon av WHO's kvalitetskjenntegn i helsetjenesten: 1) Høy faglig standard, 2) effektiv ressursutnyttelse, 3) minimal pasientrisiko, 4) høy pasienttilfredshet og 5) helhet i pasientforløpet, og kvalitetsdimensjonene som Institute of Medicine, Washington DC, har gitt: 1) Safe 2) effective 3) patient-centered 4) timely 5) efficient, 6) equitable.

Mange av kvalitetsparametrene er felles for de ulike kvalitetsstrategiene, men det er noen variasjoner. Strategiene har noe ulike overskrifter for bruker/pasient-parametrene, og begrepene som er brukt er for eksempel pasienttilfredshet, brukermedvirkning, helhet, kontinuitet og tilgjengelighet.

Sosial- og helsedirektoratet knytter kvalitetsprinsippene til formålet med sosial- og helsetjenestene og lovgivningen for disse. For å beholde nyansene som er lagt inn i formuleringene i direktoratets utarbeidelse av kvalitetsstrategien velger jeg å gjengi hvordan grunnlagsdokumentet redegjør for de ulike kvalitetsdimensjonene, jeg siterer:

#### *Virkningsfulle tiltak*

*Det er god kvalitet når beslutninger om behandling, forebygging, pleie og omsorg baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.*

Tjenestene skal bygge sine faglige anbefalinger og øvrige beslutninger i størst mulig grad på relevant, pålitelig, oppdatert og tilgjengelig forskningsbasert informasjon. Kunnskap om hvordan tiltakene virker skapes gjennom forskning og den erfaring yrkesutøveren erverver seg i arbeidet, i samspillet med brukerne. Kunnskap fra forskning og erfaring fra praksis må utnyttes slik at den er til støtte for alle beslutningsprosesser i tjenesten. For at kunnskap om effekt og anbefalinger skal ha praktisk nytteverdi, må den være utfyllende og lett tilgjengelig for utøverne. Kunnskapen må tilpasses og ses i sammenheng med hvor den skal brukes og den enkelte yrkesutøvers erfaringsbakgrunn. (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 45)

Det er tiltakene som vi vet virker som skal prioriteres.

#### *Sikre tjenester*

*Det er god kvalitet når risikoen for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum.*



Organisasjoner og utøvere som lærer av årsaker til uønskede hendelser, og deretter utnytter denne kunnskapen for å redusere risiko for gjentakelse, bidrar til trygge tjenester. En systematisk tilnærming til dette innebærer aktiviteter for å kartlegge risiko, samle informasjon om uønskede hendelser, identifisere årsaker, utvikle og spre kompetanse, samt å gjennomføre forebyggende tiltak. Organisasjoner som jobber systematisk med sikkerhet ivaretar både bruker og utøver når feil skjer. (op. cit. s. 45)

Tjenestene skal være sikre, og trygge for både pasienter og medarbeidere. Når feil eller risiko oppstår har tjenesteorganisasjonen ansvar for å registrere dette, og bruke hendelsen som en kunnskap for å forebygger feil og skader i fremtiden.

### *Brukermedvirkning*

*Det er god kvalitet når brukernes erfaringer og synspunkter påvirker tjenesten.*

For å være i stand til å utvikle og forbedre tjenestene er brukernes kunnskap, erfaringer og synspunkter en vesentlig forutsetning. Dette gjelder både i det enkelte møte mellom tjenesteyter og bruker, og i planlegging og utforming av tjenestetilbudet. I det enkelte møtet må brukeren gis innflytelse og medbestemmelse i beslutninger om behandling eller tiltak. (op. cit. s. 46)

Brukerne skal både medvirke i egen behandling og bidra til å forbedre tjenestene.

### *God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet*

*Det er god kvalitet når tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet.*

Brukernes kontakt med tjenestene og tiltakene som iverksettes, skal til sammen utgjøre et mest mulig sammenhengende og helhetlig forløp. Samordning og kontinuitet gjør at tjenester leveres til rett tid, med et minimum av venting, og med best mulig utnyttelse av tilgjengelige ressurser. En forutsetning for dette er tydelig fordeling av ansvar og oppgaver og samhandling på langs i et behandlingsforløp og på tvers av tjenestetyper og nivåer. (op. cit. s. 46)

Helhet og sammenheng i tjenestetilbudet har stor innvirkning på brukernes livskvalitet. Den som trenger flere hjelpetjenester vinner mye på at det er godt samarbeid mellom ulike tjenesteleverandører. Samordningen bidrar også til at tiltakene blir ressurseffektive for tjenesteorganisasjonene; se neste punkt.

### *God ressursutnyttelse*

*Det er god kvalitet når ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst.*

Å effektivisere handler om å forenkle arbeidsprosesser, for dermed å oppnå bedre kvalitet til et lavere ressursforbruk, eller å oppnå mer med eksisterende ressurser. God ressursutnyttelse er å benytte tilgjengelige ressurser slik at en oppnår mest mulig, og må ikke oppfattes som en rasjonalisering på bekostning av kvalitet. Et eksempel på

dette kan være tiltak for å redusere feil. Selve tiltaket koster noe, men å gjøre feilen koster mer. Reduksjon av feil reduserer derfor kostnaden og hever samtidig kvaliteten på tjenesten. (op. cit. s. 46)

Ressursutnyttelse handler om å få mest mulig ut av mulighetene. Dette er både penger, materiell, tid, smidighet og å gjøre ”det riktige” innenfor de rammene man forvalter.

### *Rettferdig fordeling*

*Det er god kvalitet når innsats og ressurser i det samlede tjenestetilbudet er rettferdig fordelt.*

Rettferdig fordeling betyr at tjenestetilbudet er likt fordelt (tilbudsrettferdighet) og at gevinsten er likt fordelt (resultatrettferdighet) mellom sammenlignbare brukere. Videre innebærer det at fordelingen av tjenestene er likeverdige, (alle mennesker er like mye verdt) samt at tilgjengelighet og kvalitet på tjenester er lik uavhengig av kjønn, sosial status og geografisk bosted. Et sentralt element, er å sikre at de tjenestene det er behov for, faktisk finnes. Rettferdig fordeling av tjenestene forutsetter en bevisst prioritering av tjenestene. (op. cit. s. 46)

Våre myndigheter skal sørge for at vi *har* sosial- og helsetjenester, og det er også myndighetene som har ansvar for at slike velferdsressurser fordeles rettferdig.

Ressursfordeling er en nødvendig kvalitetsdimensjon i Norge og andre land som er preget av sosialdemokratisk tenkemåte.

### **3.3 Kvalitetsforbedring som ”praktisk disiplin”**

Hvordan settes slike tanker ut i livet? Tilsynelatende dreier det seg om å finne de praktiske grepene, ”Hvordan gjøre dette”, og om å etablere målemetoder for å vite om målene oppnås på de ulike aksene. Men dette er bare en del av bildet.

#### *Verdiforankring*

Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (Stiftelsen GRUK) har drevet med kvalitetsforbedringsarbeid i ti år, og har bidratt til å utvikle forslag til slike praktiske grep og målemetoder som tilpasses ulike settinger og arbeidsområder. Men plattformen i arbeidet er en bevisstgjøring av holdninger og verdier: Hvilke verdier skal realiseres gjennom dette arbeidet? Hva er disse verdiene, og hva er min holdning til dem?

Ved å bli seg bevisst sitt verdigrunnlag for arbeidet man gjør, får hver enkelt kontakt med hva som er meningsfullt for seg selv. I det som er meningsbærende ligger kimen til styrke; det som holder og bærer: Slike krefter trenger vi som ønsker kvalitetsforbedring å alliere oss med,

ikke å skyve bort eller neglisjere. De tekniske praktiske grepene er nyttige, men de er bare assistenter og skal ikke overta styringen av det som er meningsbærende. Måten kvalitetsforbedringen gjennomføres må ikke motarbeide grunnlagsverdiene for tjenesteytingen.

### *Prosessforbedring*

Prosessforbedring er forbedring av de prosessene i en organisasjon som skaper virksomhetens resultater. Det finnes ulike metoder og modeller for forbedring av arbeidsprosesser. En felles forutsetning for denne type forbedringsarbeid er å kartlegge arbeidsprosessene, slik at man får et felles bilde av virksomheten i organisasjonen. Kvalitetsforbedring forutsetter at medarbeidere og ledelse samarbeider for å oppnå resultater.

Denne type systematisk innsats er vanlig i mange virksomheter utenfor helsetjenestene, og slike metoder kommer mer og mer til anvendelse i ulike deler av helsevesenet gjennom ulike kanaler. Det er hovedsakelig tre varianter av prosessforbedring innen helsetjenestene i Norge, kort skissert:

- Legeforeningens Gjennombruddsmetode (Den norske lægeforening, 2002): Baserer seg på forbedring av arbeidsprosesser. Her anvendes system- og prosessforståelse for å bedre praksis der det er et gap mellom oppnåelige resultater og faktiske resultater. Dette er prosjekter der spesialister inviteres til å forbedre virksomheten i tråd med anerkjente kvalitetsprinsipper, og man tar sikte på å forene læring og forbedring på individ- og organisasjonsnivå. Prosjektene kalles gjennombruddsprojekter, som indikerer at man er ute etter store forbedringer (>25prosent). Konseptet er utviklet av Institute for Healthcare Improvement (IHI) og drar veksler på Total kvalitetsledelsesprinsipper (TQM) (Total Quality Management).

- Ringerike sykehus HF (2004) (Helseforetak) har fokus på forbedring av behandlingsprosesser. I dette arbeidet drar de veksler på Pasientfokusert redesign, som er en metode utviklet ved Leicester Royal Infirmary NHS (National Health Service) Trust i England med utgangspunkt i Business Project Reengineering (BPR) og Total kvalitetsledelse (TQM). Dette er en metode som gjør at sykehuset raskt kan utvikle tjenestene til å oppnå god pasientservice, god faglig kvalitet og effektive tjenester. Pasientfokusert redesign bygger på en prosessforståelse av pasientens behandlingsforløp. Alle ledd i organisasjonen involveres i å ta ansvar for å gjøre denne prosessen maksimalt god, både i forhold til effektivitet, faglig

innhold og at pasienten blir fornøyd. Metoden Pasientfokusert redesign er beskrevet på helseforetakets hjemmeside [www.rshf.no](http://www.rshf.no).

- Stiftelsen GRUK bruker prosessforbedring i sitt arbeid. Stiftelsen ble opprettet for å forbedre helsetjenester ved å utvikle og implementere metoder som fremmer kvalitet i tjenestene. Kvalitetsforbedringsarbeidet tar utgangspunkt i pasientforløp i tjenestene og de arbeidsprosessene som skaper tjenester og behandling, se *Prosessforbedring i klinisk virksomhet* (Statens helsetilsyn, Utredningsserien 5-2001). Denne formen for kvalitetsforbedring består i at medarbeidere og mellomledere tar aktivt ansvar for å forbedre sine arbeidsprosesser, og får opplæring og trening som gjør dem rustet til oppgaven. Ansvaret for å sette mål ligger i ledelsen. PDCA-hjulet eller ”Demings sirkel” brukes for å iverksette prosessforbedringen: Planlegging, utførelse, kontroll og korrigerende er en kontinuerlig syklisk prosess. (PDCA = Plan, do, control, adjust).

Det kan finnes flere eksempler på prosessforbedring innen helsetjenestene enn de som er nevnt her.

### **3.4 Oversikt over kvalitetsforbedringsprosessen**

Hovedpunktene i et forbedringsarbeid er: Sette mål, vurdere hva er kvalitet, forbedre kvalitet og følge opp. Det er en fordel at det er de som utfører arbeidet som forbedrer sine egne arbeidsprosesser. Ellers vil det føre til opplevelse av kontroll og tvang, og dette har en rekke uønskede tilleggsvirkninger.

Første skritt er å sette mål: Hva ønsker vi å forbedre?

Målet for virksomheten, sammen med pålegg og krav, styrer oppmerksomheten mot områder som kan være aktuelle. Det gjør også resultater som ikke er oppnådd, eller gjentatte skader, feil eller mangler kan være fokusområder. Eller det kan være nye utfordringer som virksomheten skal ta hånd om, omlegging av driftsprofil – det er utallige områder det er mulig å gripe fatt i. Kartlegging av nå-situasjonen kan være en god måte å finne fram til forbedringsområder. Man tegner prosesskart over hovedprosessene, for eksempel pasientenes forløp i avdelingen, og blir gjennom dette oppmerksom på forbedringsområder. En pekepinn kan være: Velg noe som er viktig for virksomheten, som er vanskelig for de som må håndtere det, og vanlig i det daglige arbeidet. Det må gjerne være noe som angår mange på arbeidsplassen. Dette øker innsatsen for å finne løsninger. Det er viktig å ha fokus på

organisasjonens mål, og i helse- og sosialtjeneste er dette tjenesteytingen til brukerne. Denne tjenesteytingen er avhengig av innsats fra ulike yrkesgrupper, slik at det ofte er tverrfaglige arbeidsprosesser som må forbedres for å yte brukerne bedre tjenester.

Andre skritt er å vurdere: Hva er kvalitet?

Når organisasjonen har valgt sitt forbedringsområde er det tid for å undersøke hva som er akseptabelt nivå for tjenesteytingen på dette området. De ulike dimensjonene i kvalitetsstrategien kan brukes for å sette forbedringsområdet som er valgt i relieff: Det er lite hjelp i å sette en faglig standard som er så høy at bare halvparten av de som skal ha tjenesten kan få den, eller å øke tilgjengeligheten på bekostning av sikkerheten for de ansatte. Den standard som settes for forbedringen skal være god nok for området det gjelder, men ikke så god at den bryter med nivået som er satt for andre kvalitetsdimensjoner og for andre områder i samme virksomhet.

Tredje skritt: Gjennomføre forbedring

Så tar medarbeidere og ledere fatt på å forbedre kvaliteten. Det er mange ulike veier å gå i dette arbeidet. For eksempel kan man starte med: Hvordan utføres denne oppgaven nå, og hvordan vil vi i fremtiden at denne oppgaven skal utføres. Her dreier det seg om å få fram et nå-bilde og et framtid-bilde av samme arbeidsutførelse. Ved å tydeliggjøre forskjellen mellom disse bildene bevisstgjøres hva endringen skal bestå i. Det er denne endringen som så følges. Medarbeiderne finner fram til registreringer og målinger som gjør det mulig å følge utviklingen, og justere opplegget underveis. Arbeidet evalueres og når resultatet er tilfredsstillende avsluttes forbedringsinnsatsen på området som var valgt, og man kan ta fatt på nye forbedringsområder.

Fjerde skritt: Følge opp og sikre at forbedringen blir varig.

Forbedringer kan vedlikeholdes ved at den forbedrede prosessen beskrives som et handlingsprogram, som brukes som retningslinjer i arbeidet og som veiledning for nye og gamle medarbeidere. Det er lite poeng i å sette stor innsats i kvalitetsforbedring på områder som er perifere og har liten betydning for organisasjonen. Kvalitetsforbedring er en systematisk måte å styrke og stimulere den sentrale virksomheten i organisasjonen.

## 4. Modell for kvalitetsarbeid for individuell oppfølging

Hvordan skal vi så jobbe for at brukerne skal få et sammensatt tjenestetilbud som er tilpasset deres ønsker og behov, og en god arbeidsprosess fram til dette målet? 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 få oversikt over og vanskelig å forholde seg til. En modell som skal sikre god kvalitet i den individuelle oppfølgingen må skape linjer og oversikt i en kompleks virkelighet.

### 4.1 KPA-modellen

KPA er en modell for *Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser*. Modellen er beskrevet i et hefte med denne tittelen, utgitt av Statens helsetilsyn, Utredningsserien 2-2000. Dette er en felles fagmodell og den er utviklet for oppfølging av personer som trenger koordinerte tjenester. Teksten finnes nå også omarbeidet til en generell versjon: *Koordinering av psykososialt arbeid* 2.utgave, 2004, (Stiftelsen GRUK 2004).

Målet for KPA er å sikre at brukerne får et sammenhengende og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Brukeren skal sikres medvirkning i utforming og prioritering av de konkrete tjenestene, slik at hans ønsker og behov styrer løsningene som blir valgt. Den praksis som springer ut av arbeid etter KPA-modellen har vist seg å samsvare godt med retningslinjene i forskrift og veileder for individuell plan, og KPA fungerer som et prosessverktøy i arbeidet med å utarbeide individuelle planer.

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er (Forskrift om individuelle planer § 2):

- a. å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,
- b. å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens

bistandsbehov,

- c. å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

KPA-modellen skaper struktur for de ulike nivåene som har ansvar for å gjennomføre arbeidet med å lage individuelle planer, og skaper en helhet for gjennomføringen av arbeidet som skal til for å arbeide mot disse målene. Her følger en presentasjon av hvordan GRUKs arbeid etter KPA-modellen er bygget opp.

#### *Tre forutsetninger*

Det er tre forutsetninger for en god oppfølging av personer med langvarige psykiske lidelser.

- Den første er en egnet fagmodell for planlegging og koordinering av tjenester.
- Den andre er at medarbeiderne får nødvendig opplæring og veiledning.
- Den tredje forutsetningen er forankring av fagmodellen i de deltakende organisasjoner, slik at disse samarbeider rundt brukerne. (ref?) (de Vibe og Evenstad 2000)

Disse tre forutsetningene eller elementene er beskrevet i prosjektrapportene fra KPA-prosjektene. Her gjengis framstillingen som er gitt sluttrapporten for KPA-prosjekt for Sinsen DPS med tre samarbeidende bydeler, og denne teksten utgjør resten av kapittel 4.1. Kapittel 4.2 beskriver organiseringen av KPA-prosjektene og er kopiert fra samme rapport (Karlsen 2004).

#### *En felles arbeidsmodell.*

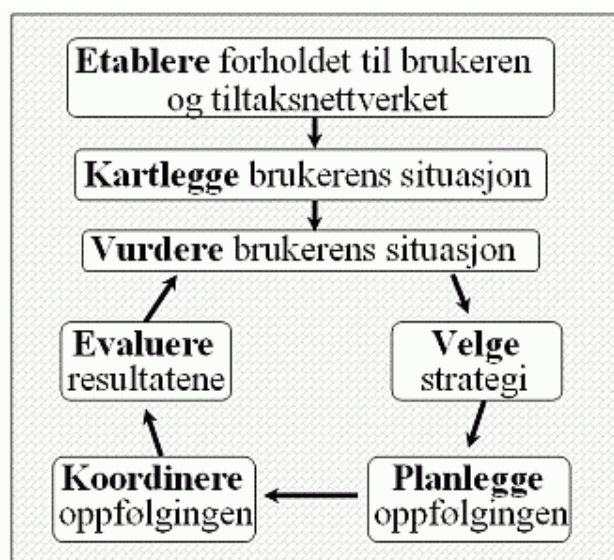
Arbeidsmodellen i KPA er en grunnleggende modell for systematisk arbeid (figur 4.1).

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.

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.



Figur 4.1 Arbeidsmodellen i KPA

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.

### *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.

### *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 beslutende 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 beslutende 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.

## **4.2 Organisering av KPA-prosjektene**

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.

### *Læringsnettverket*

Læringsnettverket består av de ulike aktørene<sup>1</sup> 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. Se tabell 4.1.

Som en del av forarbeidet til prosjektet utnevner sentral ledelse i hver kommune/bydel og i DPS (distriktpspsykiatrisk senter) 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.

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

---

<sup>1</sup> De mest sentrale aktørene i læringsnettverket er: Brukere, kordinatorer, tilretteleggere og ledere.

Veiledere og tilretteleggere møtes på informasjonsmøter i starten, et opplæringsseminar og tre 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.

Tabell 4.1: Plan for læringsnettverket

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

### *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.

### *Evalueringsverktøyene*

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

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
- sjekklister 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?

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

*Oppsummering og evaluering fra deltakerne i prosjektet* er også en viktig del av evalueringsarbeidet ved prosjektets 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.

### **4.3 Alternativer: Ulike organiseringsmåter**

Andre modeller i Norge kan ha lignende organisering og mål som KPA-prosjektene, men er ikke dokumentert og implementert i samme bredde som KPA. Erfaringer som er gjort til kunnskap som KPA-prosjektene bygger på, er for eksempel Case management-arbeid i England som tar utgangspunkt i tidlig intervensjons-arbeid i et Community Mental health team i London (Onyett 1995). Dette arbeidet viste at en klar ansvars- og rollefordeling er nødvendig for å lykkes med arbeidet. En felles fagmodell som KPA bidrar til å skape felles forståelse av ansvarsfordeling og hovedtrekkene i oppgaveløsningen, og hvordan samhandlingen skal være.

Arbeidet med å sikre organisatoriske forankringen og hensiktsmessige rammer for oppgaveløsning kan skje på flere måter. Sluttevalueringen av Prosjekt nevrologisk rehabilitering ved A-hus (Gautun og Grønningsæter 2002) viser at felles kompetansehevende tiltak for 1. og 2. linje fører til bedre samarbeid mellom nivåene. En slik erfaring bekrefter tenkningen som ligger til grunn for opplæring og kompetanseheving ved hjelp av veiledningsgrupper med deltakere fra begge nivåene i KPA-modellen.

Tverrfaglige og tverretatlige veiledningsgrupper er én mulig måte å legge til rette for slik veiledning, opplæring og samhandling. Det finnes også andre innfallsvinkler som kan brukes for å etablere tverrfaglig og tverretatlig tjenestetilbud. Felles for dem alle er at de må skape god samhandling for å lykkes.

Videre i dette kapittelet skal vi ta for oss de tre forutsetningene KPA-arbeidet bygger på, og skissere hvordan de kan oppnås gjennom alternative kanaler.

#### *Felles fagmodell og felles forståelse*

De som skal bidra med tjenester til samme bruker trenger et felles bilde av ”hva som skal til” i arbeidet for brukeren. De trenger en felles modell for hvordan arbeidet skal utføres, basert på de respektive deltakernes kunnskapsgrunnlag og faglig retningslinjer. Dette kan vi velge å kalle *en felles fagmodell*.

Når de deler forståelse av hva som må gjøres for å nå målet har de fått en felles basis. Det generelle i en slik forståelse beskrives, og brukes som modell for denne typen oppgaveløsning. En slik modell må være åpen og beskrive en struktur som gir rom for variasjoner tilpasset brukeren og hans situasjon. En verdibasert modell har fordeler framfor en rent teknisk modell fordi den er forankret i hva som er godt og hva som er mindre bra, og ikke i hva som er oppskriftsmessig ”rett” og ”galt”. Modellen for arbeidet må ta høyde for at brukers livskvalitet er målet for innsatsen.

Hvordan skapes felles forståelse av hvordan en individuell oppfølging på tvers av tjenester bør være? Felles forståelse kan etableres ved at de som skal samhandle har en dialog om hvordan oppgavene skal forstås, og det er en rekke velkjente arenaer som skaper rom for slik samhandling, for eksempel:

- Samarbeidsmøte



- Ansvarsgruppe
- Konsultasjonsmøte
- Kompetanseteam
- Faglig forum

I slike settinger kan det også være rom for bevisstgjøring om mål og verdigrunnlag for arbeidet.

Over tid kan samarbeidspartnere som kjenner hverandres arbeidsmåter og for-forståelse etablere meget gode modeller for samhandlingen og for oppfølging av bruker. Slike ”ad hoc”-samarbeidsmodeller kan bli vanskelige å overføre til nye samarbeidskontekster hvis de verken er beskrevet eller det finnes andre overføringsmedier, og de får begrenset verdi.

*Veileder for individuell plan 2001* er et grunnlag for felles forståelse av individuell oppfølging på tvers av tjenester. Den gir anvisninger for utarbeidelse av individuelle planer sammen med bruker, og som utgangspunkt (eventuelt som modell) for slikt arbeid dekker den opp behovet i en rekke kontekster. Arbeidsmodellen i *KPA-heftet* gir en mer detaljert prosessbeskrivelse i tillegg, og er et supplement som styrker IP-arbeidet. Dette kan være aktuelt i forbindelse med tverrfaglig opplæring av koordinatorene, når det er behov for å forbedre IP-arbeidet på tvers av tjenester eller innen en tjeneste, når nye brukergrupper skal få individuell plan, eller når koordinator trenger arbeidsark som støtter prosessen i oppfølgingsarbeidet. Å arbeide ut fra KPA-modellen bevisstgjør koordinator på egen rolle, og dette fremmer dialogen mellom bruker og koordinator.

I arbeidet med å legge til rette for koordinering er en sentral del av arbeidsprosessen å finne fram til brukerens mål, ønsker og behov for tiltak. Kartlegging av ressurser, mål og tiltaksområder for den enkelte bruker er viktig for å få fram et helhetsbilde av situasjonen. Det er utviklet mange ulike kartleggingsverktøy som er tilpasset ulike situasjoner og spesialområder. Noen er knyttet til diagnosegrupper, noen er knyttet til tjenestetype, og de er i større og mindre grad *spesialiserte*. Gode eksempel på slikt verktøy finnes hos SINTEF: *Individuell plan for psykisk helse/Individuell plan for psykisk helse for barn og ungdom* (<http://www.hpp.no/>). Dette verktøyet inneholder både veileder, prosessbeskrivelse og plan til utfylling. Når brukerens situasjon er avklart og hjelpetiltakene finnes tilgjengelige er dette en type hjelpemiddel som raskt fører til en ferdig skrevet individuell plan.

Etter at planen er satt opp består prosessarbeidet i å følge opp med regelmessig evaluering, på samme måte som KPA-modellen legger opp til. Det innledende arbeidet med å kartlegge og sette opp individuell plan vil i mange tilfeller gå parallelt med prosessbeskrivelsen av arbeidsprosessen for KPA, og koordinatorene som bruker verktøy av SINTEF-typen kan ved behov finne mer støtte (metode) for sitt arbeid i KPA-programmet.

### *Praksisnær opplæring og veiledning bedrer tjenestetilbudet*

Det man trenger å lære for praksis, læres best i tilknytning til praksis. Mange aktører skal bidra med tjenester fra sine respektive tjenestesteder og fagområder for hver enkelt bruker. Opplæring til tverrfaglig innsats kan skje ved at de ulike aktører i fellesskap viser hverandre ressurser og prøver ut løsninger. Tverrfaglige veiledningsgrupper på tvers av tjenester og nivåer er en aktuell ramme for praksisnær opplæring i modellen.

Praksisnær opplæring er viktig for å sikre at det som læres blir kunnskap som omsettes i handling. Det er flere verktøy som kan tjene til å sikre dette. Her er noen hovedformer:

- Veiledning
- Mester/svenn-læring
- Undervisning tilknyttet praksis
- Kompetanseutveksling tilknyttet praksis

Opplæring som foregår i gruppe fører til at de som lærer sammen også kan lære av hverandre og utfylle undervisningen. Yrkesspesifikke veiledningsgrupper fremmer læring av eget yrke, mens i tverrfaglig samarbeid kan veiledningsgrupper med flere yrkesgrupper være fruktbart. Veiledningsgruppe på arbeidsplassen styrker arbeidet der, mens en veiledningsgruppe på tvers av flere tjenester spiller på et bredere register av ressurser og kan få innvirkning på alle tjenestestedene deltakerne kommer fra. Modellen for KPA-veiledningsgruppene er interessant fordi de er tverrfaglige og tverretatlige, og dette gir opplæringen stor bredde og mulighet for å påvirke arbeidet på tvers av ulike skillelinjer. Gruppen blir et sted for læring der koordinatoren får innføring i og prøver ut en systematisk arbeidsmodell for oppfølging av brukere som trenger hjelp til koordinering av tjenester.

Gruppene danner også rom for tverrfaglig samhandling som styrker oppfølgingen av brukere som har behov for tjenester på tvers av etater. Gruppen blir et kreativt verksted for oppgaveløsning.

Oppgavene kan være krevende og utfordrende. Koordinator skal bistå, men ikke overta for brukeren. Veiledning og aktiv støtte til å gi medarbeiderne inspirasjon i arbeidet. Veiledning kan også motvirke utbrenthet.

#### *Læringsnettverk er et system for å sikre organisatorisk forankring*

Når flere organisasjoner må samarbeide for å løse felles oppgaver er det nødvendig at ledelsen i de respektive organisasjonene støtter dette arbeidet. Leder og mellomledere må være involvert i en slik grad at de sørger for å sikre rammebetingelsene for at de felles oppgavene skal bli løst, og dette kan anses som en forutsetning for å lykkes med å utføre arbeid på tvers av organisasjoner over tid. Den organisatoriske forankringen bidrar til at det etableres en felles forståelse av ansvarsforhold og fordeling av oppgaver mellom de ulike tjenestene. I noen organisasjoner må det også avklares *internt* i organisasjonen hvor ulike deler av ansvar og oppgave skal ligge. Dette gjelder særlig når oppgavene er komplekse eller brukeren har behov for flere tjenester fra samme organisasjon, for eksempel i sykehus eller i hjemmetjenesten. Dersom det ikke tilføres nye ressurser til arbeidet skal tjenestene skapes innenfor gjeldende ressursrammer, og ved endringer i tjenestene til en eller flere brukere vil det oppstå behov for å justere forventninger eller endre prioriteringer. Alle disse forholdene gjør at det er nødvendig å finne gode systemer for å utveksle informasjon og drøfte aktuelle løsninger

Organisatorisk forankring av kvaliteten på tvers av tjenester er en meget kompleks utfordring. Verktøy som kan bidra til forankring av innsatsen for brukere med behov for oppfølging på tvers kan være:

- Samarbeidsavtaler
- Utviklingsprosjekter
- Læringsnettverk og andre kompetansenettverk
- Lover og regler

I KPA-prosjektene har læringsnettverkets møteplasser bidratt til å dekke mange av disse behovene. Læringsnettverk er en struktur for læring for aktører og organisasjoner som ønsker å skape endring og utvikling. Strukturen knytter sammen eksisterende samhandlingsarenaer og etablerer nye, avhengig av hva som er aktuelt i forhold til oppgavene som skal løses. I eksemplene som vises i denne rapporten er KPA-læringsnettverkene begrenset til å følge prosjektperioden. Tilsvarende funksjoner og elementer benyttes i ulike former for samarbeids- og kompetansenettverk der flere instanser løser oppgaver i fellesskap. Samarbeidet om lokalbaserte rustiltak i Follo er et eksempel på dette (Stensland 2001 og Akershus fylkeskommune 2001).

## **5. Teorigrunnlag for KPA-arbeidet**

Her skal jeg redegjøre for bakgrunn og teorigrunnlag for KPA.

### **5.1 Navnet "KPA-modellen"**

Navnet på KPA-modellen sprang ut av behovet for å lage en forståelig og forklarende betegnelse på arbeidsmodellen i Norge, blant annet for å skille den fra den engelske Case management-modellen. "Koordinering" ble valgt fordi arbeidet dreiet seg om koordinering, og begrepet er presist i forhold til at koordinering er hensikten med modellen. "Psykososialt arbeid" var betegnende siden modellen skulle brukes i problemløsningsarbeid med mennesker med psykiske lidelser, men arbeidet skulle ikke være psykiatrisk behandling. Modellen ble bygget rundt stress-sårbarhetsmodellen (Statens helsetilsyn 2000) som er en sentral forståelsesmodell i psykiatrisk behandling og annet psykisk helsearbeid, og kombinerte denne faglige forståelsen med koordinering som problemløsningsmetode. Arbeidsmodellen for KPA har struktur og grunnform som en problemløsningsmodell. Dette er en generell modell helse- og sosialarbeidere kjenner igjen fra sine respektive grunnutdanninger, og som også brukes for problemløsning i andre samfunnssektorer. Begrepet psykososialt arbeid var allerede i bruk i flere andre sammenhenger, og KPA-modellen tok i bruk begrepet som en samlebetegnelse for tilbud fra helse og sosialtjenester som er aktuelle for personer med psykiske problemer (ibid).

### **5.2 Teorigrunnlag for KPA-modellen**

#### *Case management*

KPA-modellen bygger på case management-erfaringer og standarder. Dette er en internasjonalt anerkjent faglig metode for å følge opp personer med sammensatte behov. Case management-programmer er utviklet innen ulike tradisjoner. KPA baserer seg på S. Onyett *Case management in mental health* (1992), som er en variant av Care management. Onyett tar opp spørsmålet om også å omdøpe metoden til "Care Management", siden mange brukere opplever det uheldig å bli omtalt som "case". Det er tjenester som skal koordineres, ikke "cases" eller saker. Metoden har imidlertid anseelse som Case Management (CM). Når metoden ble overført til norske forhold bidro denne diskusjonen til at et "nytt" norsk navn ble valgt: Koordinering av psykososialt arbeid i stedet for Case management eller care management.

Case management-programmene baserer seg på å bruke retningslinjer for praksis. Onyett behandler også eksplisitt de sosialpolitiske og organisatoriske spørsmål som er knyttet til denne praksisen. Hans arbeid baserer seg på forskning som har vist at denne type programmer gir resultater med målbar og gunstig effekt for brukerne. Cochrane Library publiserte imidlertid en oppsummering (Review) av *Case management for people with severe mental disorders* i 1998 (Marshall 1998). Dette var en gjennomgang av randomiserte kontrollerte forsøk hvor *case management* ble sammenlignet med ”*standard community care*” for personer med alvorlig sinnslidelse i alderen 18-65 år. Resultatet av denne oppsummeringen viser at case management ikke er bedre enn standard oppfølging. Det begynner å bli noe avstand i tid til undersøkelsene som er grunnlag for denne konklusjonen og det som i undersøkelsene er definert som ”standard oppfølging” kan være vanskelig å overføre til norske forhold, så studien har begrenset *praktisk* betydning. Cochrane-arbeidsgruppen vil følge opp med en undersøkelse som sammenligner case management (CM) med *Assertive Community Treatment* (ACT), og denne studien vil bygge videre på den foregående og kan gi noe mer utdypet kunnskap. Onyett har basert seg på et bredere felt av forskning og har funnet fram til kunnskapsbasis som er utviklet til retningslinjer for case management og for organisasjonssystemene som skal drive det praktiske arbeidet. (Se kap 3 og 4, Onyett 1992)

KPA-programmet er utformet for å løse oppgaver i en norsk kontekst. Denne norske varianten av case management skiller seg for eksempel fra *Assertive Community Treatment* (ACT) som brukes i den danske *Socialpsykiatri*. Dette er en klinisk orientert modell der ”case manager” også har ansvar for behandlingen av den psykiske lidelsen. ACT danner utgangspunkt for flere varianter av CM. Dette programmet ble først beskrevet som *Training in Community Living* (TCL) i en studie av Stein og Test (1980), som gir oversikt over undersøkelser av alternativer til psykiatrisk sykehusbehandling. TCL ble idegrunlaget for ACT. Psykisk helseverntjeneste i Danmark har bygget opp spesialisthelsetjeneste, også i distriktene. I Norge satser myndighetene noe mer på utbygging av førstelinjetjenestene for å ivareta mennesker med psykiske lidelser, og norske KPA er utviklet med tanke på denne tjenesteutviklingen: Den kliniske delen av arbeidet skal fortsatt utføres av spesialisthelsetjenesten, mens tjenestekoordinering og oppfølging av bruker i tilknytning til de sammensatte tjenester utføres av medarbeidere i en av førstelinjetjenestene.

### *Den reflekterende praktiker*

KPA-modellen er utarbeidet for å støtte koordinator i arbeidsprosessen, og modellen legger opp til at koordinator reflekterer over sin praksis. Koordinatorene rekrutteres blant medarbeidere i ulike deler av førstelinjetjenesten som har daglig kontakt med personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser, og er gjerne en av brukerens faste tjenesteytere. Dette er ofte en helse- eller sosialarbeider som har en yrkesrolle hvor det er nødvendig å kunne kombinere teoretisk og praktisk kunnskap. Dette er en særegen kompetanse. Denne type kompetanse "the reflective practitioner" er beskrevet av Donald Schön (1987): Samme type ferdigheter og evner i å kombinere teori og praksis er også nødvendig for koordinatorrollen. Anvendt på koordinatoroppgaven bygger denne kompetansen opp til å møte en rekke utfordringer: Koordinatoren må strukturere problemet han skal løse, gi det navn og skaffe seg oversikt over rammene for problemløsningen. Noen deler av oppgaven må løses uten ferdige oppskrifter. Det er nødvendig med refleksjonsprosesser som er en integrert del av arbeidsprosessen. I KPA-modellen er refleksjonen spesielt viktig for å sikre at stress-sårbarhetsbetraktninger i forhold til brukerens situasjon og behov blir ivaretatt, slik at den tekniske gjennomføringen av arbeidet med sjekklister og arbeidsgang blir en støtte for brukersentrert arbeid, og ikke omvendt.

Koordineringsarbeidet forutsetter at koordinator kan operere på flere endringsnivåer (Onyett 2003). Endringer av første orden i KPA består i å følge arbeidsprogrammet og fylle ut evalueringsprotokoll. Koordineringsarbeidet består av en rekke utfordringer i tillegg, som varierer fra den ene arbeidsfasen til den neste, og dette forutsetter evne til også å operere på andre ordens nivå. Her er det snakk om mer enn bare å følge en på forhånd oppsatt plan eller oppskrift. Det dreier seg om å finne fram til hva "situasjonen krever", hva som er hensiktsmessig og mulig i den gitte situasjonen og starte gjennomføringen av det. For eksempel: I kartleggingsfasen må KPA-koordinator ta stilling til hva det er viktig å kartlegge, hvordan kartleggingen skal gjøres, skal den gjøres "bred" eller "smal", i hvilken grad kartleggingen skal alternere med andre oppgaver, for eksempel å finne fram til en enkel problemløsning i forhold til et ønske eller behov som er viktig for brukeren.

Personer i pleie-, omsorgs- og skjønnsbaserte tjenesteyrker veksler stadig mellom endringer av første og andre grads orden, ofte uten å tenke spesielt over det. Gjennom utdanninger, praksis og senere refleksjon øves evnen til også å reflektere over hvilke endringer man skaper eller bidrar til å styrke. Denne refleksjonen over hva man gjør og ikke gjør, hvorfor man gjør

det, og hva handlingene skaper, er et viktig hjelpemiddel for utøvelse av kunst og for ulike typer praktisk arbeid der det er behov for improvisasjon og artisteri, hevder Donald Schön (1987). Den reflekterende praktiker bruker sin evne til å reflektere som redskap for å styre innsatsen i arbeidet, og være seg bevisst hvilke endringer han ønsker å skape. I CM-tradisjonen er tjenesteyterens refleksjon et helt avgjørende element for å sikre arbeidets kvalitet.

Tjenesteytere i regelbasert, i motsetning til skjønnsbasert, virksomhet har begrenset mulighet til denne type improvisasjon, artisteri og skjønnsutøvelse.

Skjønnsutøvelse er en nødvendig forutsetning for å løse arbeidsoppgaver med høy kompleksitet. Onyetts råd for å styrke denne type arbeid er å bruke minimalt med spesifikasjoner, og gi maksimal frihet for kreativitet. Det er viktig å skaffe oversikt over hva som skal til, hva som må gjøres for å løse oppgaven, men slike oppgaver må gjerne grupperes 1-2 sammen slik at en og en gruppe av oppgaver kan løses for seg. Det har vist seg at jobbing ut fra sjekklister bare er nyttig når oppgavene er blitt forstått, men da er de til gjengjeld nyttige for å skape kvalitet i tjenesten.(Onyett 2003)

Også Stolanowski og Rønnestad (1997) har drøftet refleksjon i den profesjonelle praksis, og gir teoretiske perspektiver som tjener til å utdype hvordan arbeidet i veiledningsgruppene styrker hjelperens utvikling som person og tjenesteyter.

### *Lærende organisasjon*

På samme måte som praktikeren skaper endringer av første og andre grads orden er også organisasjonene aktører i endringsprosesser, og målrettet endring forutsetter læring. Det er nødvendig med læringsløyper eller –sykluser på flere nivåer. Onyett (ibid.) beskriver enkelsløffet læring, dobbelsløffet læring og metalæring.

Den første læringsløyfen handler om å lage og følge en plan: En organisasjon lager plan for oppgavene den skal løse og setter inn en viss innsats for å nå sitt mål. Videre fører organisasjonen kontroll med i hvilken grad planlagte resultater oppnås, og etablerer gjerne et kvalitetskontrollsystem med egnede kvalitetsindikatorer eller kvalitetsmål. Når jobben er gjort og tilfredsstillende kvalitet er oppnådd, kan oppgaven kvitteres ut som utført. Dette er innsats på første ordens nivå, i tråd med prinsippene for enkeltsløffet læring.



Den andre sløyfen består i å finne ut hva man gjør når det uventede eller uforutsette inntreffer, og om å finne kunnskapen om hva som må til for å løse problemet: Viser det seg at målene ikke er oppnådd i tilstrekkelig grad er det aktuelt å undersøke hva dette skyldes, for eksempel, om innsatsen bør økes, om det brukes riktig virkemiddel i forhold til oppgaven, eller om arbeidsprosessen er blitt påvirket av andre forhold enn forutsatt. En organisasjons evne til å stille slike spørsmål ved hvorfor mål ikke oppnås og ut fra dette finne fram til forbedringer er også et bilde av dens kapasitet til dobbelsløyfet læring. Den andre læringsløyfen skaper endringer på andre ordens nivå.

KPA-modellen er bygget opp med tanke på at både koordinatorene og organisasjonene de arbeider i skal kunne løse koordineringsoppgavene når arbeidet går som planlagt (første ordens nivå), og når det dukker opp hindringer i arbeidet som det ikke var mulig å forutse eller planlegge for på forhånd (andre ordens nivå).

Metalæring dreier seg om hvordan organisasjonen reflekterer over sin egen evne til å lære, og er av betydning når organisasjonen trenger å lære nye måter å lære på. Læringsnettverk er en måte å organisere prosjektene som skaper rom for erfaringsutveksling og fremmer organisasjonslæring.

### **5.3 Teori for gjennomføring av prosjektene**

#### *Aksjonsforskning*

Aksjonsforskning er en handlings- og endringsorientert metode som brukes i forskning og utviklingsarbeid. Metoden er basert på å kombinere vitenskapelig kunnskap og praktisk innsikt. I samspillet mellom disse elementene skapes ny kunnskap tilpasset situasjonen den skal brukes i, og denne kunnskapen utforskes ved at den prøves ut i den nye settingen. Metoden har anerkjennelse ved at den praktisk og konkret bidrar til å ta i bruk vitenskapelig kunnskap. Når helse og sosialtjenester skal forbedres for brukerne i en kommune er det ikke spørsmål om de som har ansvaret skal bruke teori eller praksis for å skape forbedringer, sier engelskmannen Øvretveit (1993) Det kan føre til at man ikke får gjort noe, eller til at man gjør ting verre enn de var tidligere. Aksjonsforskning er en metode for endringsorientert forskning der den som analyserer og de som ønsker å løse et problem samarbeider. Vitenskapelig kunnskap og praktisk innsikt i samspill danner utgangspunkt for forbedringsarbeidet.

Viktige byggesteiner i aksjonsforskningen er:

- Interesse for begrepsdefinisjoner, og modeller implisitt i situasjonen forklares.
- Modellen prøves ut gjennom diskusjon og i praksis.
- Klienten skal konkretisere sine muligheter, være bevisst sine valg og ta sine egne avgjørelser om hva som er best og gjennomførbart.
- Klientkonfidensialitet og kontroll med spredning av resultater. (Ibid)

Det finnes to hovedtradisjoner av aksjonsforskning. Den ”nordlige” har først og fremst utspring i organisasjon og ledelse, og er innrettet på å utvikle organisasjoner gjennom problemløsning. Det legges vekt på å dele erfaringer og tilegne seg kunnskap i fellesskap, først og fremst ved bruk av verbal kommunikasjon. Den ”sørlig tradisjonen” knytter an til lokalsamfunnsutvikling, empowermenttradisjoner og er mer aksjonspreget. Denne er ikke avhengig av en eksisterende modorganisasjon for å settes i verk, men kan starte som en folkeaksjon. I denne tradisjonen kan erfaringsdelingen og kunnskapstilegnelsen i større grad skje ved hjelp av kunst og kultur (Roos 1998).

KPA-prosjektene har vært konkrete utviklingsprosjekter med utspring i etablerte organisasjoner, og metodene som er brukt knytter først og fremst an til den nordlige tradisjonen. I erfaringsformidling, refleksjoner og beslutninger i endringsarbeidet er verbal kommunikasjon i ulike former blitt brukt, og brukernes fortellinger om hva de har erfart som nyttig har spesielt blitt vektlagt. Erfaringsutvekslingen i prosjektene er dokumentert underveis i prosjektet og ved avslutningen, og gjort tilgjengelig for prosjektaktørene. Denne rapporten er basert på slik felles, delt informasjon. Dette er informasjon som også er gjengitt i sluttrapportene fra prosjektene, og disse er tilgjengelige på [www.gruk.no](http://www.gruk.no).

### *Tre ulike prosjektarenaer*

Helsearbeiderne som utviklet KPA-modellen tok utgangspunkt i Onyetts modell for oppfølging av personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser (Onyett1995). Her fant de grunnlag for en prosjektmodell som danner tre sentrale samhandlingsarenaer i KPA-prosjektene (se Brun Pedersen m.fl 1998). Arenaene er komplementære i forhold til hverandre. De tre arenaene er:

1. Bruker-koordinator-samhandlingen er kjernen i arbeidet: Bruker og personlig koordinator samarbeider for å etablere et tilpasset tjenestetilbud med utgangspunkt brukerens behov

og situasjon. Samarbeidet tilpasses brukerens forutsetninger. Koordinator skal utfylle brukeren, men ikke overta for han.

2. Veiledningsgruppa har støttefunksjon for koordinator: Her skapes et rom for å reflektere over egen praksis, få støtte på eksisterende kunnskap og nødvendig opplæring, samt dialog med kolleger og veiledning til å løse oppgavene personlig koordinator har overfor bruker. Dette er arenaen for både grunnopplæring i metoden, og fortløpende tilpasning av metoden i forhold til brukerens behov. Det vil si både den første og den andre læringsløyfen i koordineringsarbeidet.
3. Læringsnettverket skal sørge for at de som har ansvar for rammer og organisering av koordineringsarbeidet får den informasjonen de trenger for å bruke ressurser hensiktsmessig, også sett på tvers av tjenester. Aktørene i et KPA-prosjekt i ett distrikt er et læringsnettverk. Tilbakemeldingssystemene for de involverte aktørene som sikrer gjennomføring og gir grunnlag for videre beslutninger. Rapportering er skriftlig og muntlig.

På hver arena vil aktørene drar veksler på oppdatert kunnskap for denne arenaen. I bruker-koordinator-samhandlingen har det betydning å bygge på kunnskap om tjenesteyting, relasjoner, individuelle endringsprosesser og relevant kunnskap om menneskebehandling. På veiledningsarenaen er det viktig å ta i bruk kunnskap om hvordan tjenesteytere lærer og utvikler seg, og kunnskap om veiledning, pedagogikk og gruppeledelse. I læringsnettverket må kunnskap om organisasjon, ledelse, tverrfaglig samarbeid og samhandling på tvers av tjenester bli brukt for å fremme arbeidet. Prosjektene skal legge til rette for at aktørene bruker den kunnskapen de allerede har på disse områdene, og stimulere til at de oppdaterer hverandre eller henter inn ekstern kompetanse dersom det er behov for det. KPA-prosjektene verken kan eller skal bringe inn all kunnskap som trengs for å gjennomføre prosjektene, men prosjektmodellen må ikke være til hinder for kunnskaps- og kompetanseutvekslingen.

## 6. Design og metode

Utgangspunktet for rapporten var å samle data fra en rekke av KPA-prosjekter som var gjennomført av Stiftelsen GRUK med utgangspunkt i samme pilotstudie. Hensikten med dette arbeidet var å få fram samlede resultattall for arbeidene som hittil var oppsummert i hvert sitt prosjekt. Se oversikten i kapittel 7.

### 6.1 *Utforskning av spørsmålsstilling*

Når jeg fikk anledning til å utarbeide rapporten som en masteroppgave måtte jeg vurdere hvilken utdyping jeg ønsket som kunne knytte arbeidet til mastergradskravene. Motivasjonen for å starte arbeidet lå i et ønske om å tydeliggjøre samspillet mellom modellen, de ulike samhandlingsarenaer i prosjektene og resultatene fra prosjektprosessene. Intuitivt var det helheten de ulike delene skapte som var interessant, ikke delene framstilt hver for seg. Delene bestod av en teoretisk modell, tre typer samhandlingsarenaer i prosjektene og en mengede dokumenterte resultater fra veiledningsgrupper, bruker/koordinator-samhandling og fra møtene i alle læringsnettverkene. I tillegg foreligger en sluttrapport fra hvert prosjekt som oppsummerer målinger, kvalitative erfaringer og evaluering av veiledning. Dette gir en svært stor datamengde. Noe av det interessante er da hva som binder alle disse ulike delene sammen.

Både KPA-modellen og aksjonsforskningen tar utgangspunkt i komplekse situasjoner. Forutsetningen for å løse oppgaver innenfor kontekster som er preget av kompleksitet ser ut til å forutsette at to tilsynelatende motsatte prosesser fungerer parallelt: Den ene prosessen er å følge en målrettet plan, og etablere den første læringsløyfen. Den andre prosessen som må fungere er den som bidrar til å tilpasse arbeidet til situasjonen, altså at det er rom for improvisasjon og være fleksibel, og den andre læringsløyfen.

KPA-modellen gir beskrivelsen av den målrettede planen for koordineringsarbeidet for koordinatoren (første læringsløyfe). Veiledningsgruppene gir koordinator rom for å utforske hvordan improvisasjonen skulle brukes (andre læringsløyfe) i tilknytning til den strukturerte, planmessige gjennomføringen av arbeidet. Læringsnettverket er nødvendig for å gi støtte og struktur til begge disse prosessstypene.

Ut fra denne analysen valgte jeg å bruke bruker/koordinator-samhandlingen som ”målepunkt” for å vurdere sluttproduktet av arbeidet. De fleste kvantitative data fra prosjektene var samlet

der. Dersom brukerens svar til koordinator bekreftet at ”Jeg har fått en god plan for tjenestene jeg trenger”, ville det vært et tegn på at koordinator hadde lyktes med både fleksibel tilpasning til brukerens behov og målrettet framdrift fram til en plan. Brukernes vurdering av framgangen i tilpasningen av tjenester ville være det beste mål for å vurdere virkningen av modellen og innsatsen i prosjektet som helhet hadde lyktes. En vellykket veiledningsgruppe kan også være et godt resultat av prosjektarbeidet, men den har lite verdi hvis det ikke har ført til at brukerne har fått et godt tjenestetilbud og er fornøyd. Et hyggelig prosjektsamarbeid i et læringsnettverk som har fått økt sin kompetanse er et annet godt prosjektresultat, men det *fremste* målet i pasientbehandling/klientoppfølging er å gi hjelp som støtter og styrker den enkelte og gir brukeren god livskvalitet.

Betydningen av en slik helhetsinnsats som KPA-prosjektene er, må først og fremst undersøkes ved å få fram hva arbeidet førte til for brukerne.

## **6.2 Design og egen rolle**

Hovedgrepet i rapporten er å evaluere resultatene fra sju prosjekter samlet. Prosjektene som samles har brukt tidsseriestudier med kartlegging på to ulike tidspunkter som metode. Måleresultatene fra prosjektene er slått sammen, som om alle har deltatt i samme prosjekt på samme tid, selv om prosjektene er tidsmessig forskjøvet i forhold til hverandre. Jeg har brukt sosial og helsedirektoratets kvalitetsstrategi som ramme for å velge ut og presentere materialet.

Jeg har vært involvert i KPA-prosjektene ved at jeg først var tilrettelegger i ett prosjekt, og siden prosjektmedarbeider i tre av prosjektene. Jeg har også vært på besøk i en eller flere samlinger i de tre siste prosjektene, som en del av prosjektledergruppa fra GRUK. Jeg har observert og vært deltaker i til sammen 21 erfaringskonferanser i ulike kommuner og bydeler, og i felles sluttkonferanser i fire læringsnettverk. Min rolle i nettverket har bestått både i å delta og observere i kraft av å være tilrettelegger i det ene nettverket og prosjektmedarbeider (del av prosjektledergruppa) i tre andre nettverk. Jeg hadde ikke definert noe forskningsprosjekt mens forbedringsprosjektene pågikk, men rollen min hadde likevel noen likhetspunkter med den *observerende deltaker* i forskningsprosjekter (se Johannessen 2002). Min rolle innebar at jeg åpent registrerte data i alle møter med tanke på oppsummering og viderefremming av erfaringer og resultater til læringsnettverket, og med tanke på kontinuerlig utvikling og forbedring av prosjektmodellen.

Resultatene i hvert enkelt prosjekt har vært positive for mange av aktørene som har vært involvert i arbeidet, men det har også vært kritiske røster til modellen, metodene, organiseringen og rapporteringen. Denne rapporten er farget av erfaringer og kunnskap jeg har fått gjennom å delta i prosjektene, og må vurderes som en rapport fra mitt ståsted, på innsiden av dette arbeidet.

### **6.3 Datainnsamling i KPA-prosjektene**

Jeg skal redegjør for datainnsamlingen i prosjektene for å konkretisere hva slags data som er samlet og hvordan de er brukt i prosjektene: Den primære hensikten med registreringen av data i KPA-prosjektene var å støtte og forbedre det psykososiale koordineringsarbeidet. Prosjektarbeidet var lagt opp med utgangspunkt i at de ulike aktørene skal få tilgang til resultater fra evalueringer han/hun trenger i forhold til sin rolle og oppgaver underveis i arbeidet. Evalueringsdataene fungerer da i tilbakemeldingssløyfer som gir kontinuerlig forbedring av arbeidsprosessene på flere nivåer i organisasjonen: Bruker-koordinator-nivå, medarbeider-tjeneste-nivå, og på systemnivå i læringsnettverket.

*Bruker og koordinator* fylte ut evalueringsprotokoll sammen for å få oversikt over brukerens udekkede behov, brukerens erfaringer med hjelpetjenestene og hvor langt de var kommet i koordineringsarbeidet. Bruker og koordinator skåret brukertilfredshet og programoppfyllelse på individnivå, og gjorde seg nytte av denne informasjonen direkte i arbeidet. Det var også rom for åpne kommentarer i evalueringsprotokollene, som mange brukere og koordinatører brukte for å kommentere erfaringer og begrunne valg. Flere skrev også inn ros og ris og tilbakemeldinger til tjenestene og til prosjektledelsen i kommentarfeltene eller i marginen på avkryssingsskjemaene.

Koordinator tok med seg spørsmål og erfaringer fra samarbeidet med brukeren til *veiledningsgruppa*, og evalueringsprotokollen samlet opplysninger som et nyttig underlag for veiledningen. For eksempel: Når bruker har presentert sine udekkede behov tok koordinator med seg denne oversikten til veiledningsgruppa og fikk veiledning på hvordan det er best å følge opp brukeren i forhold til de mulighetene som finnes.

*Medarbeider- og tjenestenivå.* Faseinndelingen av arbeidsprogrammet gjorde at koordinatorene kjente seg igjen i hverandres arbeidsprosesser, og evalueringsprotokollene og bidro til å tydeliggjøre hvor hver av dem stod i arbeidet. Sammen med veileder ga de hverandre tilbakemeldinger i arbeidet, ut fra hver enkelt koordinators behov. De hjalp

hverandre til å forbedre arbeidsprosessen og lærte av hverandre på tvers av fag og nivåer. I veiledningsgruppa vokste det også fram oversikt over utfordringer og ideer til løsninger for ulike deler av tjenestesystemet, og slike ideer kunne koordinatorene, veilederne og tilretteleggerne bringe videre til andre deler av tjenestenettverket, gjennom ordinære tjenestelinjer eller gjennom læringsnettverket. Slik hjalp de sine organisasjoner å forbedre arbeidsprosessene. Kartet som viser henvisningsveier i bydelen i vedlegg 2 er eksempel på dette.

I *læringsnettverket* møttes veilederne og tilretteleggerne regelmessig til erfaringsseminarer gjennom hele prosjektperioden og utvekslet erfaringer om oppnevning av koordinatorene, valg av brukere, opplæring av veilederne, om informasjon til ledere og samarbeidende tjenester, om tilpasning av prosjektmodellen og virkninger av arbeidet, ikke minst for brukerne. I avslutningsfasen av prosjektet ble det holdt en erfaringskonferanse i hver kommune/bydel der også brukere, eventuelt pårørende, alle koordinatorene og deres ledere samt ulike instanser og tjenester som var berørt av arbeidet i kommunen var invitert. Her var det en bred gjennomgang av erfaringer fra arbeidet ved brukere, koordinatorene, veilederne og tilretteleggerne i kommunen og fra DPS, og en kort presentasjon av måleresultater fra evalueringsprotokollene. Etter dette ble det holdt en felles sluttkonferanse for læringsnettverket som oppsummerte disse erfaringene, og skåringer og oppsummeringer fra evalueringsprotokollene brukt som en supplerende opplysning for å vise endring fra førstegangs- til andregangs-utfylling. Organisasjonene fikk tilbakemeldinger om hvordan arbeidet fungerte, og kunne bruke dette som grunnlag for å forbedre arbeidsprosesser og beslutninger. Også koordinatorenes evaluering av veiledningsgruppene ble kort presentert i sluttkonferansen. Prosjektledere og tilretteleggerne har skrevet referater fra erfaringskonferansene og sluttkonferansen og andre møter i læringsnettverket. Dette har bidratt både til å dokumentere gjennomføringen av prosjektene og samle ulike typer aktørerfaringer.

Målingene fra evalueringsprotokollene ble presentert i sluttrapportene fra prosjektene, og supplerte de erfaringsbaserte fortellingene og vurderingene fra de ulike deltakergruppene. Også koordinatorenes evaluering av veiledningsgruppene er oppsummert i sluttrapportene.

#### *Endringer av evalueringsprotokollene*

Evalueringsprotokollen ble først utviklet i pilotprosjektet, og bestod i utgangspunktet av 10-12 deler. En utgave med 10 deler ble tatt i bruk i de første KPA-prosjektene som er omtalt her, og evalueringsprotokollen er siden blitt utviklet og tilpasset på grunnlag av erfaringene i prosjektene, ut fra hva deltakerne i nettverkene viste de hadde behov for og nytte av. Dette har

vært en utviklingsprosess som har ført til at evalueringsprotokollen ble forandret flere ganger. I utgangspunktet var en del av evalueringsprotokollen utviklet med tanke på at koordinator skulle kartlegge brukerens psykiske helse og vurdere hans fungering. Disse delene viste seg å ha lite betydning for å koordinere tjenester og finne løsninger som var gode for brukeren, og ble etter hvert tatt ut av protokollene. Sjekkliste for koordineringsarbeidet som prosjektlederne i utgangspunktet tok med i evalueringsprotokollen under tvil, viste seg derimot å være nyttig for å skape framdrift, og ble beholdt.

Forandring av evalueringsprotokollene førte til at data som er samlet i de ulike læringsnettverkene ikke er ensartet. Men fire hovedområder er likevel felles for evalueringsprotokollene i alle nettverkene. 1) Brukerens erfaringer med tjenestetilbudet, 2) koordinators sjekkliste for koordineringsarbeidet, 3) brukerens behov for tiltak/udekkede behov, og 4) kortfattede bakgrunnsopplysninger om koordinator og bruker. Rekkefølgen for de fire delene er ikke ens i alle nettverkene.

#### **6.4 Metode for utarbeidelse av rapporten**

Rapporten er basert på dataene som allerede var samlet, evaluert og publisert i KPA-prosjektene, og jeg valgte å konsentrere meg om resultatene av de kvantitative data. En bredere evaluering av KPA-prosjektene prosesser og resultater kan være aktuelt, men det bør gjennomføres som en ekstern evaluering. Denne oppsummeringen kan være et innspill til en slik evaluering.

##### *Valg av data*

Jeg valgte å bruke Sosial- og helsedirektoratets nye kvalitetsstrategi (se kapittel 3.2) som ramme for den samlede resultatpresentasjonen. Kvalitetsområdene som blir belyst er: Virkningsfulle tiltak, sikre tjenester, brukermedvirkning, god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet, god ressursutnyttelse, rettferdig fordeling.

Det er resultatene fra KPA-prosjektene som matcher de ulike områdene av kvalitetsstrategien som blir presentert, og her er en oversikt som viser datagrunnlaget jeg har brukt. Hvert strekpunkt referer til ulike deler av evalueringsprotokollen i vedlegg 1.



- *Del 1: Bakgrunnsopplysninger fra oppfølgingen* dreier seg om brukeren er sikret å ha fast kontaktperson, antall kontakter brukeren har i 1. linje- og 2. linjetjenestene og ansvarsgruppe.
- *Del 2: Brukerens behov for tiltak og udekkede behov* er vist ved gjennomsnittlig antall behov i de ulike KPA-prosjektene. Det er brukt flere ulike registreringsmåter, slik at disse resultatene er ikke sammenlignbare for alle prosjektene. Noen av disse resultatene presenteres og drøftes i kapittel 7.1.
- *Del 3: Brukertilfredshet* målt ut fra brukernes erfaringer med tjenestetilbudet. Brukertilfredsheten vises som gjennomsnittlig framgang for alle brukerne. Brukerne er intervjuet som sine erfaringer med tjenestetilbudene på fem områder, og skåringen for hvert område kan vises for seg. I kapittel 7.1 er brukernes erfaring med dekning av behov vist (akse E), og i kapittel 7.3 er brukernes erfaring med medvirkning i egen oppfølging vist (akse D).
- *Del 4: Programoppfyllelse* målt ut fra sjekklister for arbeidsgangen i koordineringsarbeidet. Programoppfyllelsen vises som gjennomsnittlig økning, eller framgang, i arbeidsgangen. Arbeidsgangen består av fem faser, og hver fase kan også vises for seg. I kapittel 7.4 er programoppfyllelsens for fase 3 vist (Lage plan for oppfølgingen, akse 3).

Evaluering av veiledningen er samlet inn uavhengig av evalueringsprotokollene:

- *Evaluering av veiledningen* viser koordinatorenes vurdering av vanskelighetsgraden i arbeidsprosessen som koordinator.

#### *Samle og presentere data*

I hvert av KPA-prosjektene var dataene fra evalueringsprotokollene registrert i Epidata (<http://epidata.dk/>), og lagt i to databaser: Førstegangsregistrering og andregangsregistrering. Differansen mellom den første og den andre registreringen viste endringen i hvert prosjekt. Dataene fra førstegangsregistreringene og andregangsregistreringene ble nå samlet for alle prosjektene, og utregningene ble vektet ut fra antall deltakere i de respektive prosjektene.

Gjennomsnitt ble beregnet. Beregningene ble gjort i Excel regnark. Differanse mellom første og andre registrering viste endringen i prosjektene totalt. Jeg hadde vurdert å overføre

dataene til en felles database i SPSS, for å øke mulighetene for statistisk bearbeiding, men gikk bort fra dette av ressurs hensyn.

Jeg satte opp tabeller som viste hovedresultater fra alle prosjektene sammen med totalresultatene. Den visuelle sammenligning viste ekstremverdier i noen nettverk på enkelte områder. Jeg valgte å undersøke underlaget for disse resultatene separat. Jeg fant et begrenset antall enheter med registreringsfeil, og rettet opp feilene. Dette endret totalresultatene lite, men førte til justerte verdier på resultatområder i noen nettverk. Resultatene konvergente der feilregistreringene ble rettet opp. Resultater som lå i gjennomsnittsområdene ble ikke kvalitetskontrollert på samme måte.

Gjennom kvalitetskontrollen av data ble jeg oppmerksom på at inklusjon av alle registrerte deltakere for eksempel i en variansanalyse ville representere en rekke utfordringer<sup>2</sup>, fordi svært mange deltakere manglet noen opplysninger og ikke kunne sammenlignes på alle områder. Det varierte fra bruker til bruker hvilke deler av evalueringsprotokollen som var ufullstendig utfylt. Jeg beholdt resultatene slik de forelå til avslutningen av hvert læringsnettverk (med de nye opprettingene), og inkluderte alle sammelignbare registreringer. Dette innebærer at det ikke er nøyaktig de samme brukerne som har gitt data til alle målingene.

### *Vurdering*

Jeg har valgt å presentere et bredt felt av resultater, og en annen mulighet kunne vært å gå mer i dybden på et avgrenset område eller en mindre del av resultatene. En slik avgrensing vil gjøre det mulig å vise flere detaljer, for eksempel å vise fordelingen på enkeltspørsmål eller på flere akser. Det kunne også vært interessant å se nærmere på hvor stor spredning det er i målingene, og om det er signifikante forskjeller mellom nettverkene. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til denne type måling, fordi registreringene er gjort for å indikasjoner på at arbeidet går i riktig retning, ikke for å gi nøyaktige statistiske data. Med tanke på forskning representerer dette en måleusikkerhet.

---

<sup>2</sup> Dette var på et tidlig tidspunkt i arbeidet, før jeg hadde tatt stilling til hvilke spørsmål arbeidet skulle besvare.

Det er også måleusikkerhet knyttet til at mange forskjellige personer har gjort utfyllingene, slik at målingene neppe er enhetlig utført. De absolutte målingene vil kunne variere mye fra person til person. To målinger gjort av samme person kan imidlertid være mer ensartet.

Resultatene jeg presenterer blir kommentert med erfaringer fra prosjektene. Det er først og fremst kvalitative resultater og erfaringer som er gjennomgående for flere nettverk som blir trukket fram, selv om de ikke gjøres til gjenstand for videre utforsking her.

## 7 Gjennomføring av KPA læringsnettverk 2000 - 2003

### 7.1 Oversikt over KPA-prosjektene

#### *Prosjektoversikt*

Stiftelsen GRUK har gjennomført KPA-prosjekter i 7 distrikter i perioden 2000 –2003, se tabell 7.1.

*Tabell 7.1: KPA-prosjekter gjennomført av Stiftelsen GRUK i perioden 2000 –2003*

<b>Distrikt:</b>	<b>Prosjekt:</b>	<b>Prosjektperiode</b>
Indre Østfold	Samarbeidsprosjekt for lokalpsykiatrien og 8 kommuner i Indre Østfold	aug 2000 – des 2001
Follo	Samarbeidsprosjekt for Folloklinikken og 7 kommuner i Follo	sept 2000 – des 2001
Øvre Romerike	Samarbeidsprosjekt for Jessheimklinikken og 5 kommuner på Øvre Romerike	jan 2001 – jun 2002
Nedre Romerike	Samarbeidsprosjekt for Lillestrømklinikken og 6 av kommunene på Nedre Romerike	feb 2001 – jun 2002
Asker og Bærum	Samarbeidsprosjekt for Asker kommune, Bærum kommune og Asker- og Bærum-klinikken Allklinikk for psykisk helsevern	mai 2001 – sep 2002
Josefines gate DPS	Samarbeidsprosjekt for distriktpsikiatrisk senter og bydelene Sogn, Bygdøy-Frogner og Sagene-Torshov	sep 2001 – feb 2003
Sinsen DPS	Samarbeidsprosjekt for distriktpsikiatrisk senter og bydelene Bjerke, Helsefyr-Sinsen og Grefsen-Kjelsås	apr 2002 – nov 2003

Det er utgitt sluttrapport fra alle prosjektene (de Vibe 2002a, de Vibe 2002b, de Vibe 2003a, de Vibe 2003b, Evenstad 2002, Evenstad 2003, Karlsen 2004). KPA-prosjektene GRUK gjennomførte før 1999 er ikke tatt med i denne rapporten. Dette gjelder: KPA innen psykisk helsevern Telemark sentralsjukehus/Skien, Søre Sunnmøre og Kragerø. Heller ikke prosjekter som er startet etter våren 2002 er tatt med her: Koordinert hjelp for barn og unge, KPA i palliativ pleie og Revitalisering av KPA i Skien og Porsgrunn i samarbeid med Telemark sykehus HF.

#### *Mål*

Målet for KPA-prosjektene er formulert slik i de fem første prosjektene:

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. (ref?)

For de to siste prosjektene er målformuleringen litt forandret, men intensjon, innhold og oppbygging er likt i alle prosjektene.

Josefines gate DPS (september 2001 – februar 2003):

Hovedmål for prosjektet har vært å styrke tilbudet til brukere med alvorlige og langvarige psykiske lidelser ut fra deres behov og med deres medvirkning. Delmål har vært å samarbeide om utprøving av arbeidsmodellen KPA. (ref?)

Sinsen DPS (april 2002 – november 2003):

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. (ref?)

Resultatmål:

Prosjekts hensikt er å innføre modellen Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarig 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. (ref?)

Prosjektledere og –medarbeidere fra Stiftelsen GRUK for disse 7 KPA-prosjektene har vært to psykiatriske sykepleiere, en allmennlege og to sosionomer. Alle har lang klinisk erfaring (15-20 år).

## **7.2 Brukere og koordinatore**

En person som har behov for sammensatte tjenester har vi valgt å kalle en *bruker*. I prosjektene har hver bruker fått en koordinator. Bruker og koordinator har samarbeidet som par. I løpet av samarbeidet har de fylt ut en evalueringsprotokoll to ganger, første gang etter 2 måneders samarbeid i prosjektet og andre gang etter 10 måneder. En bruker med koordinator regnes som én prosjektdeltaker.

Antall deltakere i prosjektene ble registrert ut fra førstegangsprotokollen de leverte.

Bakgrunnsdata vedrørende brukere og koordinatore er også hentet fra disse. Deltakerne som har levert både førstegangs- og andregangsprotokoller gir dokumentasjon fra forløpet i tilretteleggingsarbeidet, fra ett koordineringsforløp. Disse dataene er ikke tilstrekkelig til å gi

en forskningsmessig forløpsstudie, siden de bare gir to atskilte målinger fra arbeidsprosessen. Til sammenligning kan vi si at filming (med 24 bilder i sekundet) gir bedre grunnlag for å forske på et forløp enn bare to enkeltstående bilder. Men de to målingene vi har *er* fra samme arbeidsprosess, og selv om det bare er 8 måneder mellom måletidspunktene er dette tilstrekkelig til at det er interessant å beskrive endringene fra første til andre registrering. Av praktiske grunner omtales alle registrerte deltakere som om de har deltatt i et koordineringsarbeidsforløp, selv om andregangsprotokoll ikke er utfylt. For de aller fleste er dette også tilfelle, blant annet fordi arbeidet med å fylle ut førstegangsprotokollen gikk over flere uker og hadde flere elementer som bidro til koordinering for brukeren. Manglende andregangsprotokoll er på ingen måte ensbetydende med at brukeren ikke har fått koordinerte tjenester.

311 deltakere leverte førstegangsprotokoll. Av disse leverte 226 (73 prosent) inn andregangsprotokoll. 85 (27 prosent) leverte ikke den andre protokollen. Hvordan disse fordeler seg på de ulike distriktene framgår av tabell 7.2.

Tabell 7.2: Antall protokoller levert

<b>Distrikt</b>	<b>Førstegangs-protokoller</b>	<b>Andregangs-protokoller</b>	<b>Forløp som ikke kan dokumenteres</b>
Indre Østfold	41	28	13
Follo	45	34	11
Øvre Romerike	33	28	5
Nedre Romerike	50	32	18
Asker og Bærum	68	50	18
Josefines gate DPS	46	31	15
Sinsen DPS	28	23	5
Sum	311	226	85

Det er ulike grunner til at andregangsprotokoll ikke foreligger. Noen brukere og noen koordinatorene sluttet, og noen fikk ikke fylt ut eller levert den andre protokollen. Tabell 7.3 er satt opp for å vise fordeling av frafall og manglende protokoller. Der andregangsprotokoll ikke foreligger kan ikke forløpet av koordineringsarbeidet dokumenteres.

Tabell 7.3: Ikke dokumenterte forløp

	<b>Frafall</b>		<b>Mangler protokoll</b>	
	<b>Koord. sluttet</b>	<b>Bruker sluttet</b>	<b>Bruker for syk til å intervjues</b>	<b>Andre årsaker</b>
Antall	36	17	9	23

Frafall: 36 koordinatorene og 17 brukere (= 17 prosent av deltakerne) sluttet før andre gangs utfylling av evalueringsprotokoll.<sup>3</sup>

Mangler protokoll: 32 bruker/koordinator-par (= 10 prosent av deltakerne) fortsatt koordineringsarbeidet, men leverte ikke andregangsprotokollen.<sup>4</sup>

### *Brukernes bakgrunn*

Det er variasjoner i hvem som ble brukere i de ulike distriktene, se tabell 7.4.

Tabell 7.4: Alder og kjønn (n=308)

<b>Distrikt</b>	<b>Alder gjennomsnitt</b>	<b>Aldersspredning (yngste og eldste)</b>	<b>Kvinner prosent</b>	<b>Menn prosent</b>
Indre Østfold	41	5-84	48	53
Follo	39	20-85	58	42
Øvre Romerike	43	21-75	46	54
Nedre Romerike	40	20-77	49	51
Asker og Bærum	39	18-67	46	54
Josefines gate DPS	49	22-84	59	41
Sinsen DPS	52	11-86	79	21
gjennomsnitt	42		53	47

For nettverkene sett under ett var gjennomsnittsalderen blant brukerne 42 år.

Kjønnsfordelingen var 53 prosent kvinner og 47 prosent menn. To av nettverkene har prøvd ut KPA-oppfølgning overfor enkelte barn og unge.

---

<sup>3</sup> 9 koordinatorene startet i videreutdanning, 7 byttet jobb, 3 sluttet pga arbeidssituasjonen, 3 trakk seg fra veiledning. 14 koordinatorene sluttet pga egen sykdom (langtidssykmelding). Blant brukerne var det 13 som trakk seg, 3 brukere flyttet og 1 bruker døde.

<sup>4</sup> Grunnene til dette var: Bruker innlagt/døde (4), bruker er for syk/intervju lot seg ikke gjennomføre (4), bruker er svakt fungerende psykisk utviklingshemmet (1). En bruker ville ikke levere protokollen han hadde fylt ut. Resten av deltakerne rakk ikke levere innen fristen, og noen oppga spesielt at de måtte prioritere å skrive individuell plan framfor å fylle ut evalueringsprotokollen.

Det er overvekt av kvinner blant brukerne i Oslo og Follo. Disse distriktene har godt utbygde rustiltak, og rustiltakene har tradisjonelt gitt tilbud hovedsakelig til menn, mens psykisk helsevern har overvekt av kvinner. Dette er en mulig forklaring på denne forskjellen.

Sykdomsvarighet er registrert i de første prosjektene, og viser stor spredning, se tabell 7.5.

Tabell 7.5: Sykdomsvarighet, psykisk lidelse (N=169)

Distrikt	Gjennomsnittlig sykdomsvarighet	Spredning sykdomsvarighet
Indre Østfold	14 år	2-47 år
Follo	14år	2-51 år
Øvre Romerike	17år	2-40 år
Nedre Romerike	12 ½ år	1-25 år

*Kommentar til tabellen: Sykdomsvarighet er ikke registrert i de andre nettverkene.*

Det er stor spredning i hvor lenge deltakerne har vært psykisk syke, fra 1-51 år.

Tabell 7.6 gir en oversikt over brukernes hovedproblem etter relativt store diagnosegrupper.

Tabell 7.6: Brukernes hovedproblem (n=314)

	Antall brukere	Hovedproblem				
		Psykososer	Angst/ depresjon	Personlighets- forstyrrelse	Annet (psykisk lidelse)	Ingen diagnose
Indre Østfold	41	22	8	5	4	2
Follo	45	26	14	3	2	0
Øvre Romerike	33	12	13	3	0	5
Nedre Romerike	53	23	16	2	6	6
Asker og Bærum	68	28	22	8	7	3
Josefines gate DPS	46	17	16	6	3	4
Sum	286	128	89	27	22	20
Andel av sum	1.00	0.45	0.31	0.09	0,08	0,07
Sinsen DPS	28				28	
Til sammen	314					

*Kommentarer til tabellen :*  
*Tre nye brukere på Nedre Romerike er kommet i tillegg i løpet av prosjektperioden.*  
*Kartleggingen i Sinsen-nettverket ble begrenset til hovedkategoriene: Psykiske plager/lidelse, somatisk sykdom/fysiske plager, psykisk utviklingshemming og rusproblemer. Sinsennettverket er derfor holdt utenfor beregningen av andel i hver sykdomsgruppe.*



Når vi ser på alle brukerne samlet har bortimot halvparten av brukerne psykose, 1 av 3 har angst og/eller depresjon, 1 av 10 har personlighetforstyrrelse, 8 prosent har andre psykiske lidelser 5 prosent har ingen diagnose (ikke fått diagnose, eller ikke oppgitt diagnose i evalueringsprotokollen). Andelen med psykose er høyere i to av distriktene: Follo og Indre Østfold. I disse distriktene har brukerne lenger avstand til psykiatrisk sykehus enn de andre distriktene. Kan det tenkes at andelen hjemmeboende med psykose øker med økende avstand til psykiatrisk sykehus, og at flere med psykose følges opp i kommunen?

Tabell 7.7: Brukernes tilleggsproblemer (et eller flere): (n=309)

	Antall brukere	Tilleggsproblemer		
		Somatiske plager	Rusprobl.	Psykisk utviklingshemming
Indre Østfold	41	26	9	0
Follo	45	30	5	3
Øvre Romerike	28	21	4	2
Nedre Romerike	53	37	9	0
Asker og Bærum	68	18	15	4
Josefines gate DPS	46	16	5	1
Sinsen DPS	28	15	4	2
Sum	309	163	51	12
<i>Andel i prosent av alle brukerne</i>	<i>100</i>	<i>53</i>	<i>17</i>	<i>4</i>

Mange av brukerne har tilleggsproblemer, i tillegg til sin psykiske lidelse, se tabell 7.7. Samlet har 53 prosent av brukerne somatiske plager, 17 prosent har problemer med rus og 4 prosent er psykisk utviklingshemmet. Vi vet at registreringen av rusproblemer er et minimumstall, og andre kartlegginger av målgruppen har vist høyere forekomst. KPA-tallene er basert på brukernes egenrapportering.

Oversikten viser at Asker og Bærum-distriktet og Josefinegate DPS har hatt mindre andel brukere med somatiske plager enn de andre distriktene.

#### *Koordinatorernes bakgrunn*

Koordinatorene har oppgitt stillingsbetegnelse og/eller utdanningsbakgrunn. Fordelingen er vist i tabell 7.8

Tabell 7.8: Koordinators yrke (n=310)

Yrke (utdanning)	I Ø	Follo	Ø R	N R	A B	J DPS	S DPS	Til sammen	Prosent
Psyk sykepleier	8	9	4	6	23	9	2	<b>61</b>	<b>19,7</b>
Sykepleier	5	5	2	5	2	3	6	<b>28</b>	<b>9,0</b>
Psyk.hjelpepleier	5	10	7	8	8	1	2	<b>41</b>	<b>13,2</b>
Hjelpepleier	6		7	5	5	2	4	<b>29</b>	<b>9,4</b>
Sosionom (+ sosialkonsulent)	5	8	3	10	8	12	2	<b>48</b>	<b>15,5</b>
Ergoterapeut		3	4	2	1	3	4	<b>17</b>	<b>5,5</b>
Vernepleier	3	5	1	3	3			<b>15</b>	<b>4,8</b>
Barnevernpedagog (+ Barnev.konsulent)	3	1		4	3	1	1	<b>13</b>	<b>4,2</b>
Andre yrker/ utdanning <sup>5</sup>	6	4	5	8	15	13	7	<b>58</b>	<b>18,7</b>
Sum	41	45	33	51	68	44	28	<b>310</b>	<b>100,0</b>
<i>I Ø - Indre Østfold, Ø R - Øvre Romerike, N R - Nedre Romerike, A B - Asker og Bærum, J DPS - Josefine gate DPS, S DPS - Sinsen DPS</i>									

Samlet viser oversikten at 1/3 av koordinatorene er psykiatriske sykepleiere og psykiatriske hjelpepleiere. Det er også en betydelig andel sykepleiere og hjelpepleiere uten videreutdanning i psykisk helsearbeid, og når disse legges til er 51 prosent av koordinatorene sykepleiere og hjelpepleiere. Sosialarbeidere (sosionomer og sosialkonsulenter) er også en betydelig gruppe (15,5 prosent). Det er relativt stor forskjell på andelen koordinatører med videreutdanning fra distrikt til distrikt. Det er overraskende at andelen sykepleiere og hjelpepleiere med videreutddanning i psykiatri er lavest i et av læringsnettverkene i Oslo.

### 7.3 Veiledningsgruppene

Veilederne ble rekruttert i de distriktspsykiatriske sentre (DPS) innen psykisk helsevern, spesialisthelsetjeneste. De var ansatt i ulike deler av DPS-et, hvor de var behandlere, avdelingsleder for behandler eller FOU-medarbeidere. Noen få veiledere var behandlere fra

---

<sup>5</sup>Andre yrker/utdanning: Aktivitør (8), Omsorgsarbeider (8), Pedagog /lærer (6), Fysioterapeut (5), Hjemmehjelp (4), Samfunnsviter/cand mag (4), Helsesøster (3), Miljøarbeider (3), Miljøterapeut (3). Og en av hver med disse yrkene: Arbeidsleder, Avdelingsleder, Boveileder, Daglig leder, Fagkonsulent, Fengselsbetjent, Jurist, Legesekretær, Økonom og "Livets skole".

sentralsykehusnivået (1-3 i hvert læringsnettverk), og ble invitert med for å spre kunnskap og erfaring med arbeidsmodellen i ulike deler av behandlingsskjeden.

Veilederne ble valgt ut uavhengig av utdanning, ansiennitet og typer veiledererfaring fra tidligere. Det var ikke behov for nøyaktig oversikt over veiledernes bakgrunn og erfaring for å gjennomføre prosjektene, og følgende opplysninger er derfor omtrentlige: De fleste veilederne har klinisk videreutdanning, og mange har lang erfaring som veiledere i psykisk helsearbeid fra tidligere. Noen av veilederne har vært behandlere uten klinisk videreutdanning. Dette har ikke vært til hinder for å veilede i programmet. Også behandlere som ikke har veiledet tidligere har deltatt som veiledere. Tilretteleggerne matchet veilederne to og to slik at de kunne utfylle hverandre best mulig. Møtefrekvens: Veiledningsgruppene hadde møte 1½ time 2. hver uke gjennom prosjektperioden, til sammen 10-12 måneder.

Koordinatorerne evaluerte veiledningsgruppa etter 10 måneders veiledning. Resultater fra evalueringen er vist i kapittel 8.3.

#### **7.4. Læringsnettverkene**

Læringsnettverk er en struktur for samarbeid, utveksling av erfaringer, og for læring.

Aktivitetsplanen som er vist i tabell 4.1 viser hvilke aktiviteter deltakere i KPA-prosjektene har deltatt i. Denne aktivitetsplanen er fulgt i gjennomføringen av alle læringsnettverkene.

Tydeliggjøring av ledernes, medarbeidernes og brukernes respektive roller har stått sentralt i alle opplæringsprosjektene, og dette har vært en tydeliggjøring i tråd med gjengse oppfatninger av disse rollene i nettverkene. Det har ikke vært store ulikheter mellom nettverkene i forståelsen av roller og ansvarsforhold, men dybden av oppmerksomhet på dette tema har variert.

Rollen som personlig koordinator har imidlertid vært ny for mange, og det har vært behov i alle nettverkene for å innholdsdefinere og avgrense denne rollen. Dette er en følge av at Veileder for individuell plan (Sosial og helsedepartementet 2001) som introduserer koordinatorrollen som en allmenn rolle innen helsetjenestene ble planlagt og tatt i bruk mens KPA-prosjektene pågikk.

### *Tilretteleggerne*

Det var et sett med oppgaver i prosjektet som ikke hørte naturlig hjemme i noen av yrkesrollene i tjenesteorganisasjonen. Dette var oppgaver som måtte ivaretas for å sikre etablering og gjennomføring av prosjektet. Disse ble samlet hos *tilretteleggerne*. Rollen kunne også vært kalt prosjektkoordinator. Tilretteleggerne i 1. linje og 2. linje har vært nøkkelpersoner i gjennomføringen av læringsnettverket. De er blitt oppnevnt av ledelsen i kommunen og i DPS-et. Tilretteleggerens oppgaver var å informere om prosjektet i egen organisasjon, legge til rette, være pådriver og være kontaktperson til ekstern prosjektleder.

Det er ikke ført statistikk over tilretteleggerens bakgrunn, men noen inntrykk kan formidles:

Et flertall av tilretteleggerne i 1. linje har vært psykiatrikoordinator eller leder for psykiatritjenesten i kommunene. Tilretteleggingen tar noe tid, og flere av tilretteleggeroppavene matcher ansvarsområdet for disse stillingene. Andre tilretteleggere i kommunene har for eksempel vært rehab-koordinator, psykiatrisk sykepleier og distriktsleder i hjemmetjenesten. Den gjennomgående erfaringen som er lagt fram i erfaringskonferansene i kommuner/bydeler er at tilretteleggerne har nytte av å kjenne det kliniske arbeidet godt, og av å ha god forbindelse til ledelsen i kommune eller bydel. Tilretteleggere som er mellomledere, i linje mellom tjenesteyterne og ledelsen i kommune/bydel har hatt spesielt god nytte av KPA-arbeidet. Noen tilretteleggere i 1. linje har også vært koordinator for en bruker for å lære metoden, og de som har valgt dette sier det har vært meget nyttig for tilretteleggeroppavene, og for å sikre videreføring av erfaringene.

Tilretteleggerne i DPS-ene har vært behandlere, mellomledere og FOU-medarbeidere med tilknytning til det kliniske arbeidet. Tilretteleggerne i 2. linje har med noen unntak også vært veiledere i prosjektet, og har fått nært kjennskap til arbeidsformen. Dette har styrket arbeidet.

### *Oppfølgingen av veilederne*

Veilederne har fått innføring i KPA-modellen gjennom et to-dagers opplæringsseminar, med oppfølging i en-dags erfaringsseminarer sammen med tilretteleggerne hver 3. måned, i samsvar med aktivitetsplanen for læringsnettverkene. I noen av læringsnettverkene har tilrettelegger i DPS arrangert veiledersamlinger mellom erfaringsseminarene i tillegg.

Viktige grunner til dette har vært:

- Veilederne hadde behov for mer opplæring og innføring i metoden.

- Veilederne var usikre på veilederrollen i programveiledning.
- Behov for å utveksle erfaringer fra etablering av veiledningsgruppa og oppstart av veiledningen
- Behov for refleksjon over hvilke instanser som kan involveres for å forbedre hjelpetilbudene til brukerne, og hvordan veiledningsgruppa kan brukes til dette

### *Erfaringskonferansene*

Brukere, koordinatorene, veiledere og tilretteleggerne i hver kommune/bydel har presentert sine erfaringer fra prosjektarbeidet for hverandre og for inviterte deltakere i en lokal erfaringskonferanse, slik det er satt opp i aktivitetsplanen for læringsnettverkene. Alle kommuner og bydeler har gjennomført en slik erfaringskonferanse. Felles sluttkonferanse for aktører fra hele læringsnettverket har oppsummert de lokale erfaringene og vært grunnlag for videreføring av deler av arbeidet, også disse har fulgt planen.

Alle læringsnettverkene har rapportert at samarbeidet mellom 1. linje og 2. linje er blitt tydelig forbedret i løpet av prosjektperioden, og dette har det vært enighet om i alle aktørgruppene.

### *Tidsbruk*

Stiftelsen GRUKs medarbeidere i hvert prosjekt har hatt en samlet tidsbruk som utgjør ca. et halvt årsverk.

Tidsbruk for de interne nøkkelpersonene i læringsnettverket er (gjennomsnittlig):

- Tilrettelegger fra DPS har brukt ca 1-2 dager pr. uke
- Tilrettelegger i hver kommune/bydel 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 liknende prosjekter fra Sverige. I tillegg har de brukt 1 ½ time annen hver uke på veiledning og deltatt på to dagsseminar.

Arbeidsmengden for en del av deltakerne har variert i de ulike fasene av prosjektet.  
Beregningene bygger på den enkelte deltakers oppsummering.

## 8.0 Resultater fra KPA-prosjektene

Her skal vi presentere resultater fra evalueringsprotokollene som ble utfylt etter 2 og 10 måneders oppfølging og fra koordinatorenes evaluering av veiledningsgruppene.

Presentasjonen blir knyttet til de ulike kvalitetsområdene i Sosial og helsedirektoratets kvalitetsstrategi. Flere av måleresultatene har betydning for flere av kvalitetsområdene, men hovedresultatene presenteres bare en gang hver.

Det er i utgangspunktet resultatene av de kvantitative dataene som presenteres. De kommenteres imidlertid av ”myke” erfaringer og fortolkninger fra prosjektene: Erfaringer prosjektdeltakere har gjort i koordinerings- og veiledningsarbeidet er blitt drøftet og fortolket i veiledningsgruppene, erfaringsseminarer, erfaringskonferanser og i tilretteleggermøter. Den forståelsen som er utviklet på disse arenaene er blitt en kunnskap som er delt av de som har samarbeidet i prosjektet. En stor del av denne erfaringsbaserte kunnskapen er likeartet i alle prosjektene, og brukes nå for å kommentere de ”harde” data.

De kvalitative resultatene brukes som referanser, og er en del av konteksten for denne prosjektoppsummeringen. Dette er resultater som også er underlag for sluttrapportene for enkeltprosjektene. Datainnsamlingsprosessen for de kvalitative data og fortolkningsprosessene for de ulike erfaringstypene utforskes ikke nærmere i forbindelse med utarbeidelsen av denne rapporten. Dette innebærer at erfaringer og fortolkninger av erfaringer fra prosjektene behandles som ”objektiv virkelighet”, og de presenteres slik jeg har oppfattet konsensusforståelsen av denne virkeligheten. Slik sett er mine gjengivelser av ”myke” prosjektresultater subjektive, og interreliabiliteten bør etterprøves med andre prosjektaktører.

Presentasjonen er bygget opp med utgangspunkt i hovedpunktene i Sosial og helsedirektoratets grunnlagsdokument for felles kvalitetsstrategi for sosial og helsetjenester (2003).

### 8.1 Virkningsfulle tiltak

*”Det er god kvalitet når beslutninger om behandling, forebygging, pleie og omsorg baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.”*

Det er tiltak som man vet at virker som skal prioriteres. Hva vet vi at virker for mennesker med langvarig og alvorlig psykisk lidelse? Hva gir god effekt? Slike spørsmål var

utgangspunkt når arbeidsprogrammet for koordinering av psykososialt arbeid ble satt sammen. Tiltaket skal ha positiv virkning for livssituasjonen og livskvaliteten hos brukerne.

Kunnskap om virkningsfulle tiltak er satt inn i et oppfølgingsprogram som er beskrevet i KPA-heftet (Statens helsetilsyn, Utredningsserien nr 2 – 2000). Koordinator har fått en sjekklister for slik oppfølging for å evaluere framgangen i arbeidet sitt for brukeren. Denne utfyllingen måles som ”programoppfyllelse” som viser hvor langt koordinator og bruker er kommet med gjennomføringen av koordineringsarbeidet på to tidspunkt. Dette er én parameter for å undersøke tiltakets virkning. En annen parameter er kartlegging av brukernes behov for tjenester og endringer i disse behovene etter koordinering er gjennomført. En tredje parameter for tiltakets virkning er å intervju brukerne om deres erfaringer og tilfredshet med oppfølgingen.

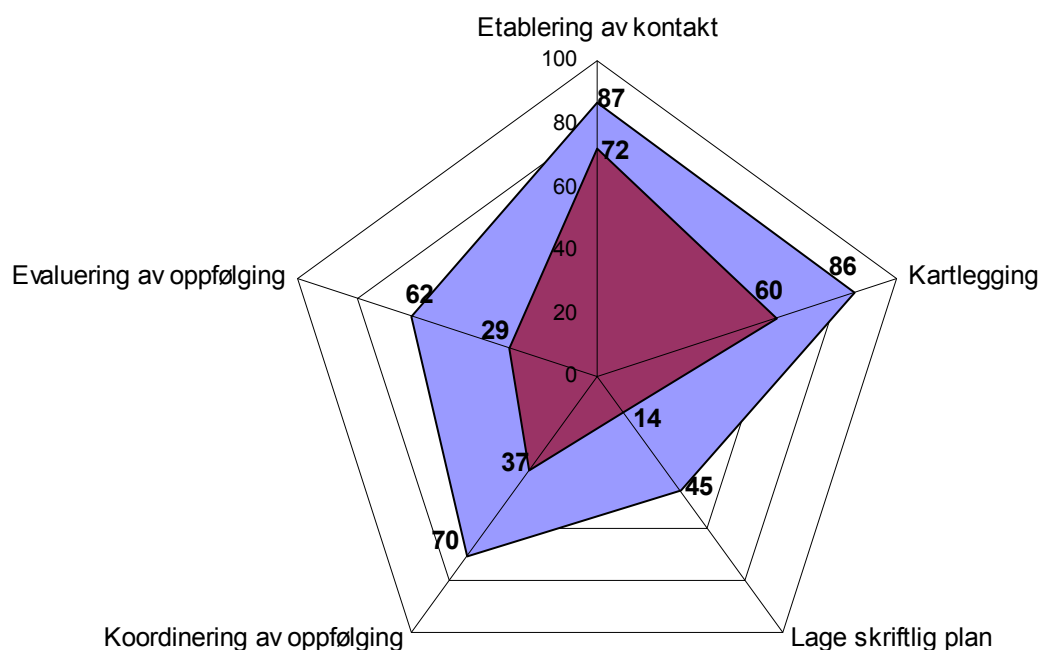
### *Programoppfyllelse*

Arbeidsprogrammet i KPA-heftet beskriver arbeidsgangen i modellen skritt for skritt, og dette arbeidet understøttes av sjekklister der koordinator krysser av for hva som er oppnådd, delvis oppnådd eller ikke oppnådd. Planen for oppfølgingsprogrammet fungerer som en påminning for koordinator slik at han får fulgt med på at det som er viktig i oppfølgingen blir gjort, og avgjørelser og tiltak kommer på plass etter hvert som arbeidet går framover. Alle brukerne er forskjellige, og koordinator har som oppgave å tilpasse oppfølgingen til det brukeren har behov for. Det vil variere hvor stor grad av programoppfyllelse som er nødvendig for at den enkelte bruker skal få et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Sjekklister for programoppfyllelse som koordinatorene har fylt ut er en del av evalueringsprotokollen (vedlegg 1, Del 4). Figur 8.1 viser gjennomsnittstallene for programoppfyllelse i KPA-prosjektene, fordelt på fem av arbeidsfasene i arbeidsprogrammet: Etablering av kontakt, kartlegging, utarbeide plan , koordinere, og evaluere oppfølgingen.



Figur 8.1 Programoppfyllelse i prosent etter 2 og 10 måneders oppfølging. N = 217.



Gjennomsnittlig programoppfyllelse har økt fra 42 prosent etter 2 måneders oppfølging til 70 prosent etter 10 måneders oppfølging. 70 prosent programoppfyllelses innebærer at 30 prosent av sjekkpunktene ennå ikke er fullt ut oppnådd/30 prosent av oppgavene gjenstår på programmet.

Tabell 8.1. viser gjennomsnittlig programoppfyllelse etter 2 og 10 måneders veiledning i de ulike distriktene, og hvor stor endringen i programoppfyllelse er.

Tabell 8.1: Gjennomsnittlig programoppfyllelse i KPA-prosjektene etter 2 og 10 måneders veiledning N=217

Distrikt	Antall deltakere	Programoppfyllelse i prosent		Endring, prosentpoeng
		Etter 2 mnd.	Etter 10mnd	
Indre Østfold	28	40	68	28
Follo	33	40	63	23
Øvre Romerike	28	52	77	25
Nedre Romerike	32	33	66	33
Asker og Bærum	50	40	67	27
Josefinegate DPS	28	44	75	31
Sinsen DPS	18	57	83	26
<i>Gjennomsnitt</i>		42	70	28

For KPA-prosjektene til sammen er gjennomsnittlig økning i programoppfyllelse 28 prosentpoeng. Det er variasjoner mellom nettverkene, men det er ingen ekstreme ytterligheter. Læringsnettverket i Sinsen DPS skiller seg litt ut med høy programoppfyllelse allerede etter 2 måneders oppfølging, og programoppfyllelse på hele 83 prosent etter 10 måneders oppfølging. Samtidig har flere andre nettverk større økning i programoppfyllelse, og Josefine gate DPS og Nedre Romerike øker mellom 31 - 33 prosentpoeng.

Oppsummeringene av de kvalitative resultatene i KPA-prosjektene stemmer overens med resultatene tabellen viser: Koordinatorene var kommet godt i gang med å gjennomføre oppgavene i programmet etter 2 måneder i veiledningsgruppe, og gjennomsnittlig hadde de oppfylt 42 prosent av handlingsprogrammet. Etter 10 måneder har de kommet et godt stykke videre og hadde gjennomført 70 prosent av programmet. Mange av brukerne har ennå ikke fått alle tiltakene på plass, selv om mye av programmet er gjennomført.

I tilknytning til KPA-prosjektene har det utviklet seg en egen sjargong. Flere koordinatorene snakker om at brukeren er ”ferdig koordinert: En bruker som er ”ferdig koordinert” er en bruker som får dekket sine behov for tjenester, og ”har alt det viktigste av hjelpetiltak på plass”. Dette innebærer også at kursen er staket ut fram til neste evaluering, for eksempel ½ -1 år fram i tid. Vanligvis innebærer dette at brukeren har fått sin individuelle plan.

I forbindelse med sjargongen er det også knyttet en faglig forståelse av flere forhold: Programmet må oppfylles til et visst nivå før det fører til resultater som dekker brukerens behov. Erfaringene i KPA-prosjektene har vist at når programoppfyllelse er nådd opp til 70-80 prosent er mange av de viktigste oppgavene i koordineringsprogrammet utført, men tallet i seg selv er ikke tilstrekkelig for å avgjøre om arbeidet er sluttført på individnivå, fordi den enkelte bruker kan ha noen behov som ikke blir godt ivaretatt i programmet. Prosenttallet for programoppfyllelsen gir en indikasjon på hvor langt arbeidet er kommet for den enkelte bruker, men det er bruker og koordinator som vet når ting er ”på plass”.

Etter den aktive koordineringsfasen følger bruker og koordinator opp med regelmessige evalueringer, med mulighet for justeringer av opplegget. Erfaringene er at det vanligvis er behov for justeringer raskt, slik det også anbefales i Veileder for individuell plan 2001. Det har vist seg at brukerens mål og behov hele tiden vil være i utvikling, slik at planen som legges opp må være dynamisk.

Oppgavene i arbeidsprosessen og deres rekkefølge vil alltid kunne variere i denne typen oppfølging. Sjekklista som følger fasene i arbeidsgangen fungerer som plan for koordinators arbeid. Når utfyllingen av sjekklista gjentas i andre gangs utfylling bidrar det til at koordinator blir minnet på hva som skal til for å sikre et godt opplegg for brukeren. Noen KPA-veiledningsgrupper som har fortsatt etter prosjektperioden, bruker sjekklista én gang per år sammen med bruker. Dette blir da en del av den fortløpende evalueringen av tjenesteytingen og oppfølgingen av bruker.

### *Behovsdekning*

Bruker og koordinator har samarbeidet om å sette opp oversikt over brukerens behov. Dataene har blitt samlet for å styrke arbeidsprosessen med hver enkelt bruker, og kan brukes for å gi felles oversikt over deres udekkede behov: Registreringene i evalueringene ble lagt opp for å bevisstgjøre bruker og koordinator om hvilke behov brukeren har, og for stimulere dem til å drøfte aktuelle behov så konkret som mulig. Sett i et livsløpsperspektiv er det relativt kort intervall mellom måletidspunktene (ca 8 måneder). Registreringen av udekkede behov/behov for tiltak er blitt forandret fra prosjekt til prosjekt. Vi skal se på eksempler på noen av registreringsresultatene.

Eksempel fra det første læringsnettverket, Indre Østfold: Koordinatorene intervjuet brukerne om brukerens *behov for tiltak på ulike livsområder*. Kartleggingen omfattet både tiltakene brukeren har og de han trenger. Hvert angitt behov ble gitt tallverdi på 1, slik at for eksempel behov for hjemmehjelp og behov for plass i psykiatrisk dagsenter er to behov. Gjennomsnittet av antall tiltak brukeren hadde behov for ble regnet ut, og tabell 8.2 viser brukerens udekkede behov på ulike livsområder og hvor mange tiltak brukerne hadde behov for.<sup>6</sup>

*Tabell 8.2: Brukerens behov for tiltak på ulike livsområder etter 2 og 10 måneders oppfølging. Indre Østfold. N=28*

<b>Livsområder</b>	<b>Etter 2 mndr</b>	<b>Etter 10 mndr</b>	<b>Prosent reduksjon</b>
Sosial kontakt, familie, transport	1.86	1.07	43
Utdanning, arbeid	1.41	0.98	30
Bolig, ADL	0.87	0.54	38
Økonomi	0.35	0.33	6
Somatisk helse	0.55	0.50	10

<sup>6</sup> Tall fra de andre læringsnettverkene er ikke tatt inn i denne tabellen siden de er samlet under en litt annen overskrift.

Psykisk helse,rus	0.85	0.62	27
Til sammen	5.89	4.04	30

Brukerne hadde færre udekkede behov etter 10 måneders oppfølging enn de hadde etter to måneders oppfølging. Nedgangen er størst på de områdene det var flest behov, men hver bruker har fortsatt gjennomsnittlig fire udekkede behov. Fortolkningen av disse resultatene var at målgruppen har mange udekkede behov og at det tar tid å få dekket dem. Prosjektleder kommenterte: De registrerte økonomiske behov er små, og dersom andre behov blir dekket, har de økonomiske behov kanskje mindre betydning enn man ofte tror.

I de tre neste KPA-prosjektene (Follo, Øvre Romerike og Nedre Romerike) ble brukerne spurt på samme måte som i Indre Østfold. Behovene for tiltak varierte noe fra distrikt til distrikt, men gikk ned i disse distriktene fra registreringen etter 2 måneder til registreringen etter 10 måneder. Gjennomsnittlig antall udekkede behov pr. bruker i disse fire KPA-prosjektene framgår av tabell 8.3.

*Tabell 8.3: Antall udekkede behov på ulike livsområder etter 2 og 10 måneders oppfølging. Sum udekket behov i gjennomsnitt per bruker:*

	<b>Antall brukere</b>	<b>Etter 2 mndr</b>	<b>Etter 10 mndr</b>	<b>Prosent reduksjon</b>
Indre Østfold	28	5.89	4.04	30
Follo	34	5.42	3.57	34
Øvre Romerike	28	4.64	2.89	38
Nedre Romerike	32	4.28	3.78	12

Brukerne i Follo hadde gjennomsnittlig 5,42 udekkede behov etter 2 måneder og 3,57 etter 10 måneder. Dette er 34 prosent reduksjon i antall udekkede behov per bruker. Brukerne i Indre Østfold hadde litt mindre nedgang i antall udekkede behov, fra 5,89 til 4,04 udekkede behov, som utgjør 30 prosent reduksjon. Brukerne på Øvre Romerike gjennomsnittlig 4,64 udekkede behov etter 2 måneder og 2,89 etter 10 måneder. Dette er 38 prosent reduksjon i antall udekkede behov per bruker og en litt større reduksjon enn i Follo og Indre Østfold.

Det er rimelig å forstå nedgangen i antall utdekkede behov som et resultat av koordinators og brukers samarbeid. Hvis brukerne ikke hadde hatt koordinator ville de kunne fått tilgang til tjenester ved å sette fram søknader, kanskje fremskyndet av kontakten med ulike hjelpere de hadde kontakt med. Men det er uvisst om de ulike hjelpere ville samordne sine forslag til beste for brukeren, og i hvilken grad de ville foreslå tiltak som lå utenfor deres tradisjonelle

arbeidsområder. Det er også usikkert i hvilken grad brukerne ville fått diskutert hvilke behov de hadde på de ulike livsområdene og om de kunne finne fram til aktuelle ressurser på egen hånd. Koordinator hadde veiledningsgruppen å spille på, og fikk hjelp til å lete etter tiltak på riktig sted i forhold til sin bruker. Denne ressursen åpnet for mange nye muligheter for brukerne.

Reduksjonen i antall udekkede behov var bare 12 prosent i nettverket på Nedre Romerike. Tilsynelatende hadde antall udekkede behov gått ned lite. Hadde ikke koordinatorene klart å finne fram til tiltak som bidro til at brukerne fikk dekket behov som var kartlagt i førstegangsprotokollene. Hva hadde skjedd? Koordinatorer fortalte i erfaringskonferansene at brukerne hadde fått dekket en rekke behov i tiden mellom evalueringene, men brukerne hadde også fått mer mot til å si hva de hadde behov for, og hva de ønsket. Brukerne hadde erfart at de var blitt tatt på alvor, sa koordinatorene. Koordinatorer og tilretteleggere drøftet disse erfaringene og kom fram til at brukerne var blitt dyktigere til å be om det de trengte, slik at når de første behovene var blitt dekket eller viste seg å være uaktuelle hadde brukerne fått tro på at det nyttet å komme fram med sine ønsker og behov. Koordinatorer og veiledere mente tilpasningen av tilbudet til brukeren ble bedre når brukeren var mer klar over sine behov. Samarbeid med koordinator hadde bestått i kartlegging av behov for tiltak, og konkretisering av hvordan hvert behovet kunne dekkes, men brukerne hadde vært tilbakeholdne med å melde behov for tiltak når den første evalueringsprotokollen ble fylt ut.

I de fire første læringsnettverkene (se tabell 7.3) var brukerens behov kartlagt under overskriften ”*Brukerens vurdering av behov for tiltak*”. Koordinator og bruker hadde *i fellesskap satt opp én oversikt* som viste tiltakene brukeren hadde og hvilke han manglet på ulike livsområder. Erfaringer som kom fram i erfaringskonferansene viste at bruker og koordinator kunne ha ulike syn på hvilke tiltak bruker manglet. Når koordinator ikke var seg bevisst denne forskjellen kunne brukeren oppleve at koordineringen ikke var til hjelp for han. Veilederne drøftet ulike måter å ta opp brukers og koordinators ulike forståelse av brukerens behov. Tydeliggjøring av brukers og koordinators respektive posisjon og rolle viste: Brukeren skal i utgangspunktet gis anledning til å *medvirke og gi samtykke til valg av tiltak*. Koordinator skal arbeide *ut fra faglige retningslinjer og har delansvar for at brukeren får informasjon om aktuelle tiltak og om virkningen av disse*. Posisjonene er forskjellige og det er sannsynlig at de fra tid til annen vil ha ulike syn på hva som er hensiktsmessig og godt for brukeren. Et godt tjenestetilbud forutsetter at brukeren beholder styringen over eget liv, og

samtidig får tilgang til informasjon om mulige tiltak slik at han kan avgjøre hva han ønsker å søke av mulige tilbud.

Ut fra dette ble behovskartleggingen endret til ”*Vurdering av udekkede behov på ulike livsområder*”, og bruker og koordinator satte i felleskap opp vurdering av brukerens udekkede behov i *hver sin kolonne* på sammen liste. Denne endringen førte til at oversikten ikke lenger viste hvilke behov som var dekket, bare de udekkede. Kartlegging av udekkede behov fulgte samme mal i to prosjekter (Asker og Bærum, og Josefinegate DPS). Behovsvurderingen var nå knyttet til behov i betydningen hva brukeren trengte hjelp til, ikke til konkrete tiltak.

Eksempler på registreringer:

(a) Behov for hjelp til å komme ut – er ensom.

(b) Trenger hjelp til å holde orden i leiligheten.

Disse kartleggingene ble grunnlag for å vurdere aktuelle tiltak, med utgangspunkt i behovene som var beskrevet.

Brukerne i Asker og Bærum registrerte færre udekkede behov enn brukerne i de tidligere læringsnettverkene. De hadde 2,4 udekkede behov ved starten av oppfølgingen og 1,9 udekkede behov etter 10 måneder. Koordinatorene mente brukerne hadde 3,2 udekkede behov ved starten og 2,5 udekkede behov etter 10 måneder, slik at koordinatorene så flere udekkede behov enn brukerne på begge tidspunktene. Dette er langt lavere tall enn i de andre nettverkene, og kan skyldes at kartleggingsspørsmålet var forandret, selv om det var ment å kartlegge samme fenomen. Men det er to andre forhold som kan bidra til å forklare at disse brukerne hadde lavere antall udekkede behov enn brukerne i andre læringsnettverk: Det var mindre andel brukere med psykose i dette nettverket, og hjelpetiltakene er godt bygget ut i kommunene.

I Josefinegate DPS ble kartleggingen gjennomført med samme kartleggingsverktøy som i Asker og Bærum. I Josefinegate hadde hver bruker 4,4 udekkede behov etter 2 måneders oppfølging, og 2,9 udekkede behov etter 10 måneders oppfølging. Disse resultatene er sammenlignbare med resultatene fra de fire første prosjektene (se tabell 8.3).

Men hvor mange av behovene brukerne i Josefinegate registrerte i den første evalueringsprotokollen var fortsatt aktuelle i andre evalueringsprotokoll? Det viste seg at halvparten av behovene fortsatt var aktuelle. Den andre halvparten var blitt dekket eller var blitt uaktuelle. Brukerne hadde i tillegg tatt med 0,7 nye behov hver i den andre evalueringsprotokollen. Se tabell 8.4. Tilretteleggerne i prosjektet mente tilgangen av nye udekkede behov måtte forstås ut fra: ”Brukerne har fått mer selvtillit, og tør nå mer å komme fram med sine behov”.

*Tabell 8.4: Gjennomsnitt antall udekkede behov vurdert av bruker og koordinator etter 2 og 10 måneders oppfølging. Josefinegate DPS (N=28)*

	<b>Vurdert av bruker</b>	<b>Vurdert av koordinator</b>
Etter 2 mndr	4,4	4,0
Etter 10 mndr	2,9	2,8
Av disse:		
Dekket	2,2	2,1
Fortsatt udekket	2,2	1,9
Nye	0,7	0,9

Resultatene viser også at koordinatorene oppga at brukerne i gjennomsnitt hadde 4,0 udekkede behov etter 2 måneders oppfølging, og 2,8 udekkede behov etter 10 måneders oppfølging, og dette er færre behov enn brukerne oppga selv. Imidlertid tilføyde koordinatorene 0,9 nye behov i den andre evalueringsprotokollen, og dette var noen flere behov enn brukerne hadde kommet med. Det var vanskelig å se hva som kunne være grunnen til at koordinatorene så færre behov enn brukerne selv gjorde i Josefinegate, når det hadde vært motsatt i Asker og Bærum. Erfaringene fra de tidligere KPA-prosjektene der denne forskjellen riktig nok ikke var systematisk registrert, hadde imidlertid pekt i retning av at koordinatorene så flere behov enn brukerne gjorde selv, slik resultatene i Asker og Bærum hadde vist.

Evalueringen av å la koordinator og bruker svare hver for seg pekte på at dette bidro til å bevisstgjøre de to partene på at de vurderte samme situasjon ulikt. Når både bruker og koordinator anerkjente at det kunne være flere måter å forstå den samme situasjonen åpnet det for at de kunne vurdere behov og muligheter med flere innfallsvinkler, og så å si gå på oppdagelsestur i ulike måter å løse et problem. Brukeren og koordinator fikk mulighet til å erfare at det kan finnes flere mulige løsninger. Det er ikke nødvendig ”å gi opp” selv om man ikke fikk til den første løsningen man hadde tenkt seg. Noen av deltakerne poengterte: Et

alternativ kan til og med være bedre enn det brukeren først var ønsket, selv om det tar litt lenger tid å finne det.

### *Hva sier brukerne?*

Brukerne er blitt intervjuet om sine erfaringer med tjenestetilbudet, for eksempel: *Dekning av opplevde behov*. Under denne overskriften har de har gitt svar (avkryssing) på om følgende utsagn *stemmer*, *stemmer delvis* eller *ikke stemmer* med deres erfaring (Se Vedlegg 1, Del 3):

### **Dekning av opplevde behov**

1. Jeg får dekket mine behov med hensyn til praktiske områder som matlaging, husarbeid m.v.
2. Jeg får dekket mine behov når det gjelder bolig og økonomi.
3. Jeg får dekket mine behov for utdanning, arbeid eller fritidsaktiviteter
4. Jeg får dekket mine behov for kontakt med andre mennesker
5. Jeg får dekket mine behov for å snakke med noen om mine problemer.

Når erfaringene som er beskrevet i disse fem utsagnene *stemmer* med brukers erfaring skåres brukers tilfredshet til 100 prosent; og når utsagnene *ikke stemmer* med brukers erfaring skåres brukertilfredsheten til 0 prosent, og for hvert utsagn som *stemmer delvis* er skåringen halve verdien av full skåring for dette punktet. Alle utsagnene har samme verdi. Gjennomsnittet fra de ulike læringsnettverkene er vist i tabell 8.5.

Mange ulike forhold har innvirkning på hvor god behovsdekningen er første gang den registreres. Hensikten med målingene er først og fremst å følge med på om brukerne erfarer at de får dekket flere av sine behov gjennom oppfølgingen, og hvor stor framgangen er i arbeidet. Framgangen i arbeidet brukes som mål for økning i brukertilfredshet. Resultatene viser at økningen i brukertilfredsheten varierer fra 6-25 prosent. Dette viser at utviklingen har gått i riktig retning i alle prosjektene. Alle prosjektene har kommet til et gjennomsnitt som varierer fra 64 - 74 prosent etter 10 måneder, og dette tyder på at det er noe arbeid som gjenstår før det er samsvar mellom opplevde behov, og tjenestene som tilbys for å dekke disse behovene.

*Tabell 8.5 Brukers erfaring med: Dekning av behov (akse E). Etter 2 og 10 måneders oppfølging  
Tilfredshet angitt i prosent.*

	<b>Etter 2 mnd</b>	<b>Etter 10 mnd</b>	<b>Økning, prosentpoeng</b>
Indre Østfold	45	66	21



Follo	61	74	13
Øvre Romerike	63	69	6
Nedre Romerike	43	68	25
Asker og Bærum	47	65	18
Josefinegate DPS	44	64	20
Sinsen DPS	63	73	10
Gjennomsnitt	50	68	18

## 8.2 Sikre tjenester

*”Det er god kvalitet når risikoen for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum.”*

Uhell og skader som rammer bruker direkte og indirekte, og andre uønskede hendelser som svekker kvaliteten på tjenestene bør unngås. Men feil og uønskede hendelser kan aldri unngås 100 prosent. En slik ideell målsetting ville gjøre det umulig å yte tjenester, for det vil alltid oppstå noen feil i så komplekse tjenesteytingsprosesser som er nødvendige omkring brukere med langvarige og sammensatte behov for tjenester. For tjenesteyterne er det enkleste å yte få og enkle tjenester for å unngå feil, men for brukerne er det bedre å få tjenester med en liten risiko for feil, enn å mangle en rekke tjenester. Full skadefrihet fører til at svært få tjenester kan garanteres levert.

Koordinering av komplekse tjenester må derfor bidra til å redusere uønskede hendelser til et minimum, og oppfølgingsarbeidet bør ta sikte på å ta lærdom av uhell og feil når de oppstår, slik at brukeren unngår forverringer og mer alvorlig skade. Koordinatorer som følger brukere over tid og lærer seg å tenke og handle ut fra pasientforløp, og ikke ut fra det enkeltes tjenestesteds vurderinger. Dette bidrar også til å gjøre tjenestene mer sikre for brukerne, for eksempel i forhold til feil som oppstår når en bruker overføres fra en tjeneste til en annen, eller når brukerens behov er annerledes enn det tjenesteorganisasjonene har spesialisert seg på å møte.

KPA- modellen bygger på forutsetninger som har stor betydning for å gjøre selve koordineringen sikker for brukeren, og for å sikre kvaliteten på tjenesten. Én kontaktperson, og minst mulig utskifting av kontaktpersonen er viktig for å unngå feil og uønskede hendelser i koordineringen. Når kontaktpersonen skiftes ut bør dette skje slik at det ikke oppstår skader eller feil på grunn av utskiftingen, for eksempel at en god relasjon mellom bruker og koordinator blir overført slik at gjensidig tillit og respekt fortsatt har plass. Tilbudet til brukerne sikres også ved at koordinatorer får faglig støtte slik at de unngår å gjøre feil og

blir trygge i yrkesrollen, og ved at de får ”systemstøtte”<sup>7</sup> til arbeidet og beslutninger og rutiner i organisasjonen legges til rette. Slike ordninger gir arbeidsglede og motvirker utbrenthet.

### *Én kontaktperson*

Deltakelse i prosjektet førte til brukerne fikk én kontaktperson: Bakgrunnstallene i kapittel 7 viser at 311 bruker-koordinator-par ble registrert i prosjektene. 36 koordinatore og 17 brukere sluttet underveis. Noen av brukerne som mistet sin koordinator fikk en ny kontaktperson, og noen av koordinatorene som mistet brukere fant ny bruker. Mer enn halvparten av brukerne som startet i prosjektet fikk koordinator som skulle fortsette lenger enn prosjektperioden. Etter 10 måneder hadde 80 prosent av de gjenværende brukerne en koordinator som kunne fortsette minst 2 år. Prosjektdeltakelse ser ut til å ha bidratt til økende kontinuitet i bruker-koordinatorrelasjonen.

Hvordan kan utskifting av koordinator skje for å unngå at det oppstår feil eller skader?

Flere kommuner og bydeler har utarbeidet retningslinjer og rutiner for utskifting av koordinator som en del av individuell plan-rutinene. I tilknytning til KPA-prosjektet ga bydel Bygdøy-Frogner et godt eksempel: Bydelen etablerte én instans å henvende seg til med forespørsel om individuell plan, retningslinjer for oppnevning av kontaktperson / personlig koordinator ble utarbeidet, og bred informasjonsspredning ble foretatt om ansvarsforhold og oppgavefordelingen som var vedtatt. Skisse som viser de nye ansvarslinjene i bydelen er vist i vedlegg 2. Dette var en del av bydelens utviklingsarbeid, hvor KPA-arbeidet var en av flere faktorer som la premissene for løsningene som ble valgt.

### *Faglig støtte til koordinator*

Personlig koordinator fikk støtte til arbeidet i veiledningsgruppa. Koordinatorene leverte evaluering av veiledningsgruppa i et evalueringsskjema etter 10 måneders veiledning, der

---

<sup>7</sup> ”Systemstøtte” er et uttrykk som brukes i KPA-prosjektene om den støtten en medarbeider får fra ulike hold i sin organisasjon til arbeidet. Organisasjonene har mange beslutningstakere og en rekke beslutningsveier, og opplevelse av manglende støtte til å utføre sitt arbeid kan ha flere årsaker.

vanskelighetsgraden i koordineringsarbeidet og læringsutbyttet i veiledningsgruppa ble vurdert.

*Vanskelighetsgrad i koordineringsarbeidet:* Resultatene viser at oppgavene i de fire første fasene (av åtte faser) hadde mindre vanskelighetsgrad enn de fire siste fasene. Dette kan skyldes at de fleste er ferdige med de første fire fasene, mens flere arbeidet fortsatt med ulike deler av de fire siste fasene. Alle oppgavene er krevende, men de fortøner seg kanskje enklere etter de er løst. Hvis det er slik tyder dette på at deltakelse i veiledningsgruppe har dyktiggjort koordinatorene for oppgaven. Tabell 8.6 viser koordinatorenes vurdering av vanskelighetsgraden i de ulike fasene av koordineringsarbeidet. De fire første fasene består i å avklare rolle og ansvar som koordinator, utvikle relasjon til brukeren, sikre forholdet til tiltaksnettverket slik at alle hjelperne vet hvem som er brukerens koordinator, og kartlegging av brukerens situasjon. De fire siste fasene i KPA-arbeidet består i å kartlegge brukerens ønsker og mål, velge strategi og lage plan for oppfølging sammen med brukeren, koordinere tiltakene, og vurdere resultater og justere planer.

Tabell 8.6: Vanskelighetsgrad i gjennomføring av arbeidsprosessen i KPA i prosent. Koordinators vurdering etter 10 måneders veiledning. N=206

Faser i KPA-arbeidet	Enkelt	Middels	Vanskelig	Ikke utført	Ubesvart	Sum
Avklare rolle og ansvar som koordinator	36	49	13	0	2	100
Utvikle relasjon til brukeren	69	21	8	0	1	100
Sikre forholdet til tiltaksnettverk	39	46	8	1	6	100
Kartlegge brukers situasjon	35	48	15	0	2	100
Kartlegge brukers mål og behov	20	45	30	1	3	100
Velge strategi og lage plan for oppfølging	17	54	18	7	3	100
Koordinere tiltak	31	43	14	8	5	100
Vurdere resultat og justere planer	17	41	17	18	7	100

Resultatene viser at 30 prosent av koordinatorene synes det var vanskelig å kartlegge brukerens mål og behov. 18 prosent synes også det var vanskelig å velge strategi og lage plan for oppfølgingen. Koordinere tiltak er den fasen som er lettest å gjennomføre av de fire siste fasene. Siden mange av koordinatorene ennå ikke hadde gjennomført alle fasene i arbeidet er vanskelighetsgraden prosentuert i forhold til alle koordinatorene, og ikke bare de som har gradert vanskelighetsgrad i alle fasene. De som bruker lenger tid på å fullføre alle fasene i arbeidet kan like gjerne si dette er en enkel fase som at det er en vanskelig fase, og det vil gi

et feilaktig inntrykk av vanskelighetsgraden å presentuere uten denne gruppa. Innen gruppa av ubesvarte har enkelte gitt kommentarer sammen med avkryssingen som viser at fasen ikke er fullført.

”Utvikle relasjon til bruker” er den arbeidsfasen flest koordinatorene (69 prosent) har opplevd enkelt å gjennomføre. Det er bemerkelsesverdig, tatt i betraktning at brukerne er rekruttert med utgangspunkt i at de har langvarig og alvorlig psykisk lidelse, og mange koordinatorene ikke har psykiatrifaglig bakgrunn. Det finnes også eksempler på det motsatte, se punkt 3 i neste avsnitt, men dette er et lite mindretall. Avklare koordinatorrollen, sikre forholdet til tiltaksnettverket og kartlegge brukers situasjon er middels vanskelig å gjennomføre for nesten halvparten (46-49 prosent) av koordinatorne. Disse oppgavene var vanskelige for bare 8-15 prosent av koordinatorne.

Koordinatorne kom i tillegg med kommentarer til oppgavene som ble vurdert som vanskelige og middels vanskelige, og disse var særlig knyttet til tre forhold:

1. Det kunne være krevende å *avklare koordinatorrollen* når koordinatoren var en viktig tjenesteyter for brukeren allerede. Skillet mellom de ulike rollene kunne være problematisk både for bruker og for koordinator. Koordinatorne pekte på at det har tatt tid å finne ut av rollene.
2. *Utilstrekkelig informasjon i tjenestesystemene og utilstrekkelig administrativ tilrettelegging* kunne gjøre det konkrete koordineringsarbeidet vanskelig. Organisasjonene som deltok i arbeidet klarte ikke alltid informere alle som ble implisert, slik at for eksempel opplegget med oppnevning av koordinator ikke alltid var tilstrekkelig kjent når koordinator henvendte seg for å samarbeide om brukerens tjenestetilbud. Rutinene i organisasjonene var ikke lagt opp administrativt med tanke på koordineringen.
3. *Mange av brukerne hadde tunge og omfattende problemer*, og noen av brukerne hadde sykehusinnleggelse eller ustabile perioder. Dette førte til at avtaler ikke kunne holdes eller gjennomføres og koordineringsarbeidet stoppet opp i perioder når brukerne var dårlige. Noen koordinatorene har arbeidet med å etablere relasjonen til sin bruker gjennom hele prosjektperioden, og det finnes eksempler på at samarbeidet mellom bruker og koordinator *startet* ved prosjektets avslutning.

*Læringsutbyttet i veiledningsgruppa:* Koordinatorene ble stilt fire åpne spørsmål, som de formulerte egne svar til. Spørsmålene som ble stilt er gjengitt under. Svarene koordinatorene ga (åpne svar) ble gruppert og oppsummert i forbindelse med erfaringskonferansene og sluttkonferansen, og deretter satt inn i sluttrapporten for læringsnettverket. Det er noe variasjon mellom nettverkene på svarene som gitt. De samme temaene gikk igjen, men betydningen av hvert tema varierte. Her (se under) er hovedtemaene i besvarelsene dekket opp, og rekkefølgen viser svarene som har høyest prioritet i nettverkene som nr. 1, nest høyest prioritet er nr. 2, tredje høyeste prioritet er nr. 3 o.s.v. Oversikten er basert på evalueringer fra 217 koordinatører:

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

Svar:

1. Å arbeide systematisk og metodisk
2. Brukermedvirkning og å lytte til brukeren.
3. Å samarbeide på vers av faggrupper og etater
4. At arbeidet med disse brukerne tar tid

*”2. Hva trenger du å lære mer om?”*

Svar:

1. KPA-modellen og bruk av den, herunder å skrive individuell plan
2. Tiltaksnettverk og tverrfaglig arbeid
3. Kunnskap om psykiatri
4. Samhandling med bruker, og motivere brukere som ikke selv vil

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

Svar:

1. Trygt og godt
2. Gruppa har gitt stort læringsutbytte/en viktig læringsarena
3. Frustrasjon i starten pga metoden var ny.
4. Engasjerte og flotte veiledere

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

Svar:

1. Mer konkret metodisk veiledning.
2. Ønsker ingen endring
3. Mer tverrfaglighet i gruppene
4. Bedre dyktiggjøring av veilederne på forhånd
5. Bedre tilrettelegging administrativt for KPA-arbeidet

### *Systemstøtte til koordinator*

Koordineringsarbeidet blir styrket av den støtten koordinator får til å utføre oppgaven. Dette er *grunnlagsforståelse* i prosjektmodellen. Når koordinator ikke erfarer å få støtte svekkes koordineringsarbeidet. Hovedoppgaven for prosjektets læringsnettverk er å støtte koordineringsarbeidet, altså det arbeidet som fører til at brukeren får et koordinert tjenestetilbud. Koordinatorene er utførende ledd i dette arbeidet.

Koordinator støttes ved at hun eller han blir bedt om å påta seg eller bli oppnevnt til koordineringsoppgaven. Videre får koordinator støtte ved å få plass i en veiledningsgruppe og ved å få aksept for å bruke en del av sin arbeidsinnsats i koordineringsarbeidet for bruker og i veiledningsgruppa. En annen form for støtte til koordineringsarbeidet er at organisasjonen sørger for å gjøre beslutninger og etablerer rutiner for arbeidet med individuell plan og koordineringsarbeid knyttet til dette. Dette bidrar til å avklare hvordan ansvar og oppgaver er fordelt i organisasjonen.

Erfaringene i KPA-prosjektene er at systemets støtte til koordinatorene er særlig viktig for å kunne videreføre erfaringene fra koordineringsarbeidet med de første brukerne i prosjektperioden til andre brukere. Koordinatorene har opplevd mangel på støtte for arbeidet av en rekke grunner: Det kan være uklare ansvarsforhold i organisasjonen som for eksempel kan føre til krysspress på koordinator; prosjektarbeidet er forankret på for lavt nivå i organisasjonen slik at ledelsen høyere opp i organisasjonen ikke er inneforstått med hva koordineringsarbeidet innebærer. Mangel på kommunikasjonslinjer mellom beslutningstakere i organisasjonen og tilretteleggere i prosjektene kan også føre til vansker i organiseringen av koordineringsarbeidet selv om toppledelsen har gjort beslutning om innføring av koordinert

oppfølging. Slike ”systemproblemer” har vært vanlige, og ser ut til å kreve en bevisst innsats for å kunne bli løst.

Rollen som personlig koordinator var ny for mange når individuelle planer etter helselovene ble innført i 2001, og arbeidet med å gi den rollen legitimitet har vært viktig. I etableringen av koordinatorrollen på nye arenaer har læringsnettverket fungert som idéverksted for ”hvordan få aksept for den nye rollen”. En del av koordinatorne har tilhørt yrkesgrupper som tradisjonelt ikke har koordinert tjenester. Se tabell 7.8. Dette gjelder for eksempel psykiatriske hjelpepleiere, hjelpepleiere og andre medarbeidere uten helse og sosialarbeiderutdanning. Erfaringsoppsummeringene i KPA-prosjektene tyder på at koordinatorne som har *interesse for brukeren som person* lykkes med arbeidet. Det viser seg at den som har interesse for brukeren velger å lytte til han, og lar brukeren bestemme tempo i arbeidet. Koordinatorne har også presentert hvordan de har tatt i bruk KPA-programmet, og ”brukt metoden” slik den er beskrevet, for eksempel i sjekklister for arbeidsgangen. De som har brukt programmet har kommet lenger med å koordinere tiltak brukeren trenger enn de ville gjort uten å bruke et slikt program. Koordinators utdanning ser ut til å ha lite betydning for om brukeren får et koordinert tjenestetilbud tilpasset sin situasjon. Når koordinatorne så har deltatt i de tverrfaglige veiledningsgruppene har de fått tilgang til viktige ressurser for arbeidet, og støtte som har bidratt til å gjøre dem trygge i koordinatorrollen.

### **8.3 Brukermedvirkning**

*”Det er god kvalitet når brukernes erfaringer og synspunkter påvirker tjenesten.”*

Brukerne skal få medvirke i egen oppfølging, og bidra til å forbedre tjenestene. Den enkelte bruker samarbeider med sin koordinator. Koordineringsarbeidet tar utgangspunkt i at brukeren medvirker i oppfølgingen. Brukerens behov, ønsker og mål er grunnlaget for arbeidet koordinator utfører. Brukernes tilfredshet med tjenestetilbudet måles med utgangspunkt i brukernes erfaringer med tjenestetilbudet.

Brukerne har også gitt viktige bidrag til forbedring av selve koordineringen, gjennom skriftlige og muntlige kommentarer til metodene som er brukt i KPA-prosjektene.

#### *Brukertilfredshetsintervju*

Brukerne er blitt intervjuet etter 2 og 10 måneders oppfølging om sine erfaringer i forhold til følgende fem områder eller akser:

- A. Støtte og respekt fra ansatte i tiltaksnettverket
- B. Informasjon til brukeren
- C. Informasjon til familien
- D. Medvirkning
- E. Dekning av behov

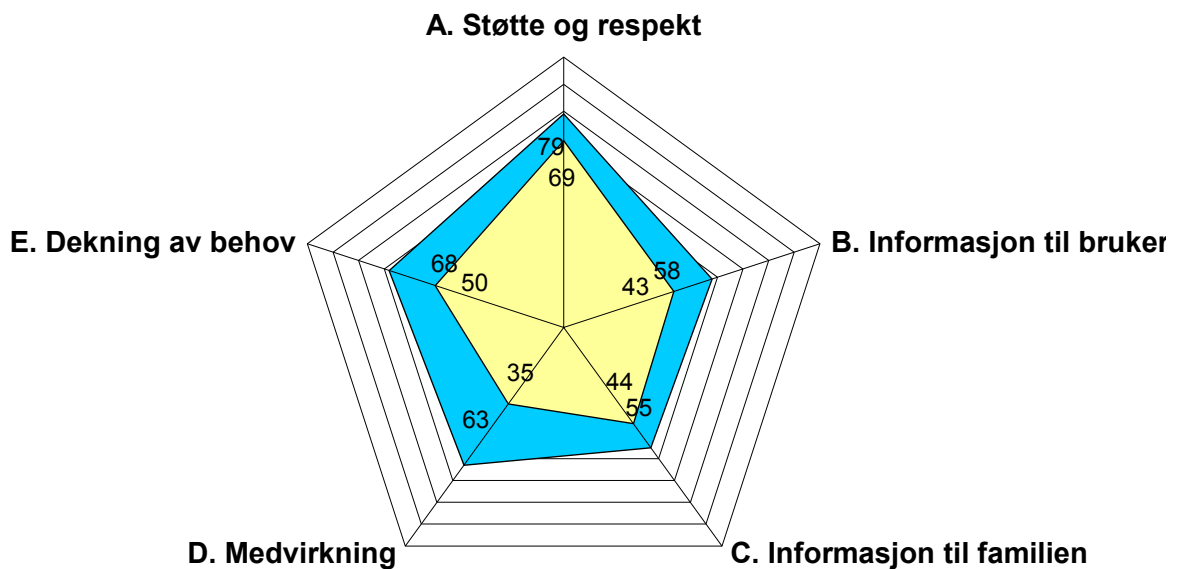
Akse E er allerede presentert i kapittel 8.1, med resultater fra de ulike prosjektene i tabell 8.5.

For hvert område/akse ble brukerne forelagt fem utsagn om hendelser de bør ha opplevd dersom oppfølgingen har vært god. (Se Vedlegg 1). Eksempler på hendelser brukerne bør ha opplevd under område A: ”De ansatte samarbeider godt med hverandre og med meg om min oppfølging”, og ”De ansatte respekterer mine meninger”. For hvert utsagn svarer brukeren om påstanden stemmer, stemmer delvis eller stemmer ikke for hans vedkommende. Det er plass til åpne kommentarer fra brukeren for hvert område.

Skåringene fra alle områdene i brukerintervjuet slås sammen og figur 8.2 viser utviklingen av gjennomsnittlig brukertilfredshet for alle KPA-nettverkene, etter 2 måneders oppfølging og etter 10 måneders oppfølging.

*Figur 8.2 Brukertilfredshet i prosent etter 2 og 10 måneders oppfølging (N=200)*





Gjennomsnittlig brukertilfredshet har økt fra 48 - 65 prosent, og verdiene veksler fra akse til akse.

Brukerne opplever i stor grad å bli møtt med *støtte og respekt*. Resultatet på denne aksene var høyt i utgangspunktet, 69 prosent, og økte til 79 prosent. Men det viser seg at både brukere og pårørende gjennomgående ønsker mer informasjon om helsetilstand, behandling og annen oppfølging: Her er det store muligheter for å forbedre innsatsen. *Informasjon til bruker* har økt fra 43 – 58 prosent, og *informasjon til familien* har økt fra 44 – 55 prosent. Den delen av brukertilfredshets som har økt mest er *medvirkning*, der utviklingen var kommet kortest i starten, med 35 prosent som økte til 63 prosent. Selv om det ikke er utført signifikantesting av dette resultatet er det vanskelig å forstå denne utviklingen som noe annet enn en frukt bruker og koordinators samarbeid. Det er viktig å framheve at fokus i samarbeidet ikke er på at bruker skal bestemme, men at de sammen søker etter brukerens mål og ønsker, og legger opp arbeidet ut fra disse. Målingene som gjort på denne aksene utdypes i neste avsnitt.

Brukertilfredsheten økte i alle KPA-nettverkene, men resultatene vekslet fra distrikt til distrikt. Økningen varierte fra 10 - 25 prosent, og gjennomsnittet økte mer i nettverkene hvor

tilfredsheten var lav i utgangspunktet. Den gjennomsnittlig tilfredshet var 61 - 73 prosent etter 10 måneders oppfølging. Se tabell 8.7.

Tabell 8.7. Brukers erfaring med tjenestetilbudet. Etter 2 og 10 måneders oppfølging  
Tilfredshet angitt i prosent. n= 200

	Etter 2 mnd i prosent	Etter 10 mnd i prosent	Økning i prosentpoeng
Indre Østfold	41	66	25
Follo	56	68	13
Øvre Romerike	62	73	11
Nedre Romerike	45	62	17
Asker og Bærum	44	61	17
Josefinegate DPS	43	62	19
Sinsen DPS	60	70	10
Gjennomsnitt	48	65	17

### Brukers erfaring med medvirkning

Brukernes medvirkning i oppfølgingen er ulik fra distrikt til distrikt. Førstegangsmålingene varierer fra 28 - 48 prosent for brukers medvirkning, og framgangen fra første til andre evaluering varierer fra 20 - 33 prosent. Det er store forskjeller på førstegangsresultatet i de ulike distriktene, og dette kan skyldes en rekke forhold. Dersom koordinatorene velger brukere som har avklart sine mål og mange som allerede har medvirket i sin egen oppfølging vil førstegangsmålingen bli høy. Velger de brukere som ikke tidligere har blitt spurt om sine mål og koordineringsarbeidet starter fra "bar bakke" vil førstegangsmålingen bli lav.

Skåringsskjema for brukerens medvirkning i egne oppfølging er del 3 i evalueringsprotokollen (Vedlegg 1).

Tallene på aksene *medvirkning* (akse D) fra hvert av nettverkene er vist i tabell 8.8.

Tabell 8.8. Brukers erfaring med medvirkning i tjenestetilbudet. Etter 2 og 10 måneders oppfølging  
Tilfredshet angitt i prosent. n= 200

	Etter 2 mnd i prosent	Etter 10 mnd i prosent	Økning i prosentpoeng
Indre Østfold	28	57	29
Follo	39	62	23
Øvre Romerike	48	75	27
Nedre Romerike	30	60	30
Asker og Bærum	32	59	27
Josefinegate DPS	35	68	33
Sinsen DPS	45	65	20
Gjennomsnitt	35	63	28

Etter 10 måneders oppfølging varierer brukervedvirkningen fra 57 - 75 prosent. Dette er nesten like stor spredning i resultater som ved førstegangsmålingen, og dette tyder på det fortsatt er ulikhet i grad av brukervedvirkning i de ulike KPA-nettverkene.

Selv om brukertilfredshet er det området som har økt mest i KPA-prosjektene, er det fortsatt en del arbeid som gjenstår.

### *Brukerne påvirker tjenestene*

En bruker kan påvirke tjenestene som gjelder han selv, slik forskrift om individuell plan understøtter. Brukere kan også bidra med tilbakemeldinger til tjenester de selv har fått, og slik bidra til at tjenestene forbedres for senere brukere. Og brukere kan som enkeltpersoner, grupper eller organisasjoner være pådrivere for at tjenester som er lite utbygget blir utvidet. KPA-prosjektene er eksempel på alle disse typene brukervedvirkning.

Brukerne i prosjektene har blitt spurt om sine erfaringer med tjenesteapparatet og hva de har behov for av tjenester videre, og de har gitt tilbakemeldinger til måten oppfølgingen er blitt utformet. De har også kommet med tilbakemeldinger til modellen og evalueringsprotokollene, og til hvordan koordineringen kan forbedres. Pårørende har også bidratt med slike innspill.

I erfaringskonferansene har mange brukere og pårørende lagt fram erfaringer og beskrevet hvordan de har opplevd å samarbeide med en KPA-koordinator: Når de blir spurt om hva de trenger, og opplever at koordinator vil samarbeide med dem for å få tjenestetilbudet tilpasset det de ønsker, har dette vært en ny erfaring for mange av brukerne. De har opplevd at de får innflytelse over sin egen hverdag, de føler de blir tatt på alvor og at brukervedvirkningen blir reell. Både brukere og pårørende uttrykte bekymring for hvorvidt tjenestene ville fortsette å arbeide ut fra koordineringsprinsippene slik de hadde erfart i KPA-prosjektene: ”Dette er nesten for godt til å være sant!” uttrykte en av de pårørende.

Koordinatorer på sin side har bragt inn erfaringer i erfaringskonferansene og fortalt om sitt arbeid. Deres tidligere arbeidsmetoder tok ikke alltid utgangspunkt i å spørre brukeren om hans behov, men dette ble nødvendig når de skulle bruke koordineringsprinsippene i KPA-modellen. Evalueringsprotokollen har vært til hjelp slik at de fikk stilt spørsmål direkte til brukeren, og fikk vite hva han mener. Koordinatorere sier de er blitt bevisstgjort hvordan de kan gå fram og ikke lenger bestemmer hva som er best for brukeren. Andre koordinatorer arbeidet med utgangspunkt i brukerens ønsker og behov, og var fortrolige med å koordinere

og legge til rette for helhetlig oppfølging som sin vanlige arbeidsmetode. Også disse brukerne kunne få noe ..ny informasjon gjennom den strukturerte tilnærmingen i evalueringsprotokollen. Ikke alle brukere fikk bedre brukermedvirkning ved å bli intervjuet ut fra evalueringsprotokollen, og koordinatorene ble oppfordret til å finne andre måter å utforske hvilke behov eller mål brukeren ønsket å få oppfylt.

På grunnlag av en rekke slike beskrivelser oppsummerte en av KPA-tilretteleggerne hva denne måten å arbeide kan føre til: ”Når koordinator tar på alvor at det er brukerens valg som skal gjelde for hvilke mål som skal forfølges og hvilke tjenester som skal koordineres, da kan helt nye ting skje.” Flere andre tilretteleggere har gitt lignende oppsummeringer. Det vektlegges også at det ikke er modellen i og for seg som er den virksomme faktor, men den holdningen til bruker som koordinator inviteres til å innta. Dette er en holdning som gjør brukerne til medspillere i tjenestesystemene, ikke motspillere. Tjenester som planlegges der brukerne er medspillere utformes på en annen måte enn tjenester der brukerne er motspillere til de som yter tjenestene.

Veiledere og koordinatorene i KPA-prosjektene som har Seprep-utdanning og/eller erfaring fra lokalbasert psykosebehandling (Seikula-modellen) forteller at der denne formen for samarbeid med bruker og pårørende fører til endringer i bruken av akutt psykiatrisk behandling og at behandlingsbehovene i sykehus blir forandret.

#### **8.4 God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet**

*”Det er god kvalitet når tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet”.*

Brukere som har tjenester fra flere instanser har behov for at tjenestene er samordnet. Jo flere tjenester, jo større behov for samordning. Individuell plan, bruk av ansvarsgruppe og en stabil kontaktperson bidrar til å skape samordning og kontinuitet.

##### *Antall kontakter i hjelpeapparatet*

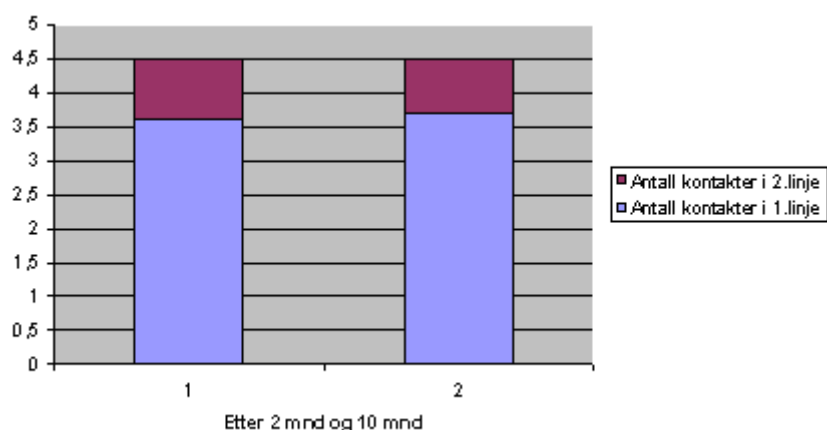
KPA-brukerne har gitt opplysninger om sine tiltaksnettverk, og krysset av hvilke tjenester de har faste kontakter i, se Evalueringsprotokoll Del 1 (vedlegg 1). Hver bruker har hatt cirka én fast kontakt i spesialisthelsetjenesten. De har hatt 3-4 faste kontakter hver i de kommunale tjenestene, og enkelte brukere har hatt opp til 6-7 faste kontakter i ulike tjenester.

Variasjonsbredden på antall faste kontakter i tjenestene er 0-3 kontakter for spesialisthelsetjenesten, og 0-8 kontakter for de kommunale tjenester. Enkelte brukere hadde bare kontakter enten i 1. linjetjenester eller i 2. linjetjenester på evalueringstidspunktet. De som ikke har noen fast kontakt i spesialisthelsetjenesten har som regel flere kontakter i de kommunale tjenestene, og de som ikke har noen kontakter i kommunetjenestene har også flere kontakter i spesialisthelsetjenesten. De siste har sin koordinator i spesialisthelsetjenesten. Figur 8.3 viser gjennomsnittstallene for antall kontakter på de ulike tjenestenivåene etter 2 måneder og etter 10 måneders oppfølging.

Antall kontakter i 2. linje gikk fra 0,9 – 0,8 i løpet av oppfølgingen, mens antall kontakter i 1. linje økte fra 3,6 – 3,7 i samme periode. Antall faste kontakter er i gjennomsnitt det samme etter 10 måneders oppfølging som det var etter 2 måneders oppfølging: Brukerne har i gjennomsnitt hatt 4,5 faste kontakter i hjelpeapparatet ved begge evalueringstidspunktene.

Gjennomsnittstallene skjuler mange variasjoner. Noen brukere har hatt få faste tjenestekontakter, og noen har hatt flere enn gjennomsnittet. Noen har et større antall faste kontakter etter 10 måneder enn de hadde etter 2 måneder, og for andre er det omvendt. Kontakten med koordinator er inkludert som én av de faste kontaktene ved begge måletidspunktene. (Koordinator er også en vanlig tjenesteyter for bruker, men dette telles ikke som en ny kontakt).

Figur 8.3 Antall kontakter pr. bruker i 1. linjetjeneste og i 2. linjetjeneste, etter 2 og 10 måneders oppfølging. Gjennomsnitt. N= 218



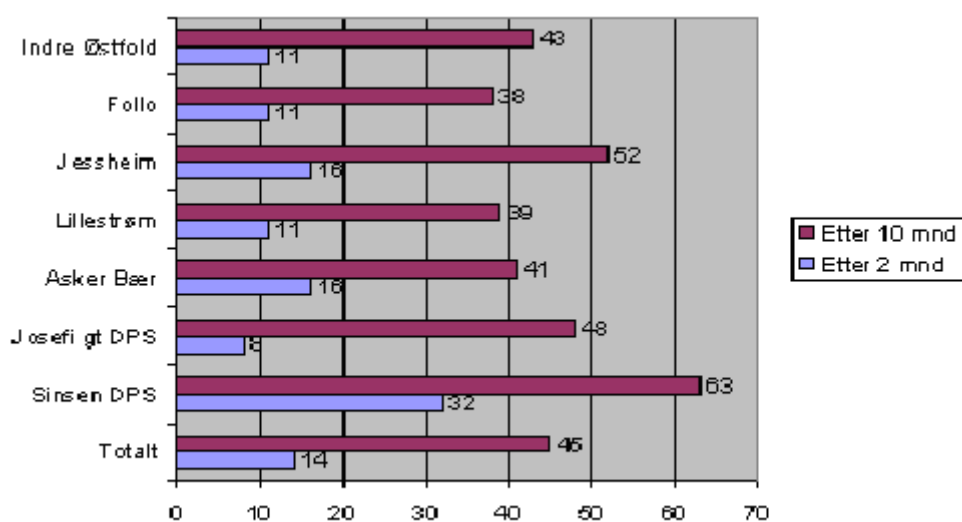
Antallet kontakter viser at dette er brukere som har behov for koordinering. Allerede for de som har to faste kontakter oppstår koordineringsbehov. Kontakter med ulike tjenester som

ikke er faste kommer i tillegg til de faste kontaktene, og i perioder brukeren har behov for flere kontakter øker samordningsbehovet.

### *Individuell plan*

Utarbeidelse av individuell plan har som mål å samordne og skape kontinuitet i tjenestetilbudet. Koordinering av psykososialt arbeid er et verktøy for å arbeide planmessig mot dette målet, og programoppfyllelsen for planarbeidet er vist for alle nettverkene i figur 8.4. De fem første læringsnettverkene pågikk når forskrift om individuell plan ble vedtatt 8. juni 2001.

*Figur 8.4: Andel brukere (prosent) som har plan for oppfølgingen, Programoppfyllelse i prosent etter 10 og 2 måneders oppfølging (n = 217)*



Figuren viser programoppfyllelsen for: Lage plan for oppfølgingen. (Se Evaluingsprotokoll, Del 4, i vedlegg 1). Stavene i figuren viser programoppfyllelse i prosent etter 10 måneders oppfølging og programoppfyllelsen etter 2 måneders oppfølging for hvert nettverk. Den gjennomsnittlige programoppfyllelsen for alle nettverkene er vist nederst i figuren.

Samlet for alle prosjektene var arbeidet med å lage individuelle planer for brukerne ikke kommet langt ved oppstarten av disse prosjektene. Bare 14 prosent hadde laget plan for oppfølgingen når arbeidet startet. Etter 10 måneder hadde 45 prosent av brukerne fått plan for oppfølgingen. Det siste nettverket (Sinsen) er de som var kommet lengst med dette arbeidet når KPA-prosjektet startet, og det er rimelig å forvente siden forskriften var gjort gjeldende året før dette læringsnettverket startet. Alle nettverkene hadde framgang i arbeidet med å lage planer i løpet av prosjektperioden, men alle hadde fortsatt en stor del av denne oppgaven

foran seg idet bare 33 – 63 prosent av arbeidet var gjort. For noen observatører har dette vært overraskende, men ved å lytte til brukernes og koordinatorenes erfaringer har deltakerne i KPA-nettverkene lært at arbeidet med å utarbeide en individuell plan tar tid, og disse brukerne har mange forhold som skal avklares før det er klart hvilke behov som skal dekkes og hvilke tjenester som bør velges. Når man forhaster seg blir det snart koordinators og tjenesteapparatets plan, og ikke *brukerens* plan. I erfaringsutvekslingen mellom brukere og koordinatører har flere pekt på at planen som lages må være ønsket av og samordnet med brukeren. En plan er mindre effektiv for å hjelpe brukeren videre i sitt liv hvis den settes opp av koordinator og ansatte alene, uten dialog med brukeren og eventuelt pårørende. En plan som ikke dekker brukerens behov fører også til unyttig bruk av koordinators tid og av tjenesteressurser. Individuell plan er å finne fram til riktig ressursbruk.

Tidligere i dette kapittelet har vi sett at brukere har meldt behov i første evaluering som ikke lenger er aktuelle i andre evaluering. En forhastet utarbeidelse av individuell plan ville ført til at det ble lagt planer og etter hvert satt av ressurser til tiltak som ikke var nødvendige for noen når det kom til stykket. En læresetning fra opplæringen av KPA-koordinatorene er blitt gjentatt av mange koordinatører og veiledere i erfaringsutvekslingene, og er blitt stående som felles oppsummering i sluttkonferansene i flere av læringsnettverkene: Følg brukerens tempo i kartlegging av mål og utvikling av plan for tiltak!

### *Ansvarsgrupper*

*Tabell 8.9 Andel av brukerne i prosent som har ansvarsgruppe etter 2 og 10 måneders oppfølging. n=226, antall i parentes*

<b>Etter 2 måneder</b>	<b>Etter 10 måneder</b>	<b>I alt</b>
42 (94)	57 (129)	100 (226)

Bruk av ansvarsgruppe har økt når brukerne har fått oppfølging av personlig koordinator. Etter 2 måneder har 42 prosent av brukerne ansvarsgruppe, og etter 10 måneder har 57 prosent av brukerne ansvarsgruppe. Vi ser også at mange (nesten halvparten) av brukerne ikke har ansvarsgruppe: Bruker og koordinator har samarbeidet og vurdert hva som er hensiktsmessig for å utvikle et godt tjenestetilbud. Ansvarsgruppe har ikke vært nødvendig eller ønskelig for disse. Ikke alle som trenger koordinerte tjenester trenger ansvarsgruppe. Det må vurderes om det er behov for det, ellers vil man bruke unødvendige ressurser.

### *Stabil kontaktperson*

Mange tjenesteorganisasjoner omorganiseres, og i flere av KPA-prosjektene har dette ført til usikkerhet for tjenesteytere og brukere. For brukere med alvorlig psykiske lidelser og sammensatte hjelpebehov kan slike forandringer gjøre det ekstra påkrevet å ha en stabil koordinator. I prosjektene har flere koordinatorene erfart at tilsynelatende dagligdagse forandringer har vist seg å være sykdomsutløsende og føre til behov for akutt innleggelse i sykehus for noen av brukerne. Koordinatorene har derfor lagt vekt på at de vil være stabile som koordinatorene slik at brukeren har en person å drøfte forandringer med og finne ut av sin situasjon. Dette kan være tilstrekkelig til at brukeren klarer å unngå alvorlige sykdomsepisoder. Slike sykdomsepisoder har flere KPA-brukere hatt før de fikk koordinert hjelp: Erfaringene viser at koordineringen har bidratt til å redusere hyppigheten av akuttinnleggelsene. Det er ikke ført statistikk for denne reduksjonen i KPA-prosjektene, men dette er en parameter som kan tas inn i evalueringsprotokollen der denne type verktøy brukes videre. Erfaringene som er kommentert her er rapportert av koordinatorene og veiledere i erfaringsutvekslinger i erfaringsseminarer og erfaringskonferanser.

67 prosent av KPA-koordinatorene svarte at de kunne følge opp brukeren minst 2 år i den første evalueringen, og etter 10 måneder svarte 80 prosent at de kunne følge opp brukeren minst 2 år. Koordinatorene anså seg mer stabile som kontaktpersoner ved andre gangs evaluering enn i starten. På erfaringskonferansene har brukerne (og pårørende) sterkt understreket betydningen av å ha en fast kontaktperson over tid, og dette har vært en radikal forbedring av totalsituasjonen for brukeren. Små bekymringer, som tidligere kunne føre til store problemer og alvorlig sykdom, kan overlates til koordinator, og brukere med alvorlig psykisk lidelse kan få flere ”vanlige hverdager”. Koordinatorenes erfaring er at innsatsen av deres arbeid som koordinatorene skaper gode resultater for brukeren, og slike synlige resultater gjør innsatsen verd strevet. Mange koordinatorene har bedt om å få fortsette å arbeide for brukeren for å fullføre koordineringen eller følge opp brukers plan videre.

### **8.5 God ressursutnyttelse**

*”Det er god kvalitet når ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst.”*



Individuell oppfølging for personer med behov for flere tjenester koordineres for at oppfølgingen skal gavne brukeren, og for at ressursene skal spres best mulig på de som har tjenestebehov.

Prosjektmodellen for KPA-læringsnettverk tar utgangspunkt i å bruke eksisterende ressurser for å nå organisasjonenes mål, og prosjektene skal bidra til å utnytte ressursene godt. Med utgangspunkt i prosjektmodellen kan vi peke på en rekke forhold som har betydning for ressursutnytingen. Noen erfaringsområder som har betydning for å fordele ressursene godt er blitt drøftet i alle læringsnettverkene:

- Avklaring av roller og ansvar
- Hensiktsmessig overføring av kompetanse
- Begynn med det som er viktig for brukeren og gjør noe som er mulig.

I erfaringsutvekslingen i erfaringskonferansene i prosjektene har tilretteleggere og ledere i tjenestene drøftet hvordan det er hensiktsmessig å legge opp arbeidet på disse områdene.

#### *Avklaring av roller og ansvar*

Det bidrar til god ressursutnyting at medarbeiderne i tjenestene i tillegg til å kjenne grensene for sin egen rolle og ansvarsområde, også vet hva ulike samarbeidspartnere har ansvar for. Når alle vet hvem som har ansvar for hva i et samarbeid, og er enige med hverandre om fordelingen mellom tjenestene, unngår både bruker og tjenesteytere at det oppstår uklarhet. Når ansvarsområdene er utydelige kan det føre til at oppgaver blir skjøvet fram og tilbake mellom flere tjenester, slik at pasienten og eventuelle pårørende blir skadelidende. Når det er avtalt hvordan man skal samarbeide unngår også partene dobbeltarbeid fordi flere tjenester jobber med samme oppgave. Avklaring av roller og ansvar har vært et sentralt tema i alle læringsnettverkene, og erfaringsutvekslingen for eksempel i erfaringsseminarene har brakt fram en rekke konkrete eksempler på hvordan slike avklaringer sikrer at ressursene brukes til det de er avsatt til. Noen slike eksempler er beskrevet i sluttrapportene fra KPA-prosjektene.

#### *Hensiktsmessig overføring av kompetanse*

Hensiktsmessig overføring av kompetansen gir god ressursutnyting fordi dette fører til at kompetansen gjøres tilgjengelig der den trengs: Å koordinere og skape helhetlig tjenesteyting er en krevende oppgave som fordrer kunnskaper og ferdigheter på flere felt. Det tar tid å lære

opp koordinatorene til fullt ut å beherske alle aktuelle områder uten støtte. I opplæringstiden må de ha tilgang til kunnskapen som trengs om tjenestenettverket, psykiske lidelser og om koordinering. Det er neppe hensiktsmessig å lære opp alle koordinatorene i alle kunnskapsområder på forhånd; dels fordi de lærer best ved å ta kunnskapen i bruk i praksis, og dels fordi en omfattende opplæringstid vil gå ut over oppgavene de har ansvar for. Mange av koordinatorene har også betydelig kompetanse allerede, og ”faglig påfyll” må derfor tilpasses de oppgavene koordinatorene har og trenger kunnskap, støtte eller veiledning for å gjennomføre. Veiledningsgruppene i KPA har gitt tilpasset opplæring, og sikret støtte både for nye og mer øvede koordinatorene.

Koordinatorernes evaluering av veiledningsgruppene viser at læringsklimaet i gruppene har vært trygt og godt, koordinatorene erfarer at de har lært å jobbe mer systematisk og metodisk, de oppgir at de lytter bedre til brukeren og er blitt bedre til å samarbeide på tvers med andre faggrupper og etater, se oversikt i kapittel 6.3. Disse erfaringene tyder på at veiledningsgruppene har bidratt til å gjøre koordinatorene trygge i arbeidet. Kunnskap er blitt tatt i bruk og koordinatorene har videreutviklet ferdigheter de allerede har i å bruke tjenestenettverket, koordinere tjenester og samhandle med bruker. Erfaringsoppsummeringene fra koordinatorene i erfaringskonferansene viser at overføring av kompetanse har skjedd både fra veileder til koordinator og mellom koordinatorene internt i gruppa. Den tverrfaglige kompetanseoverføringen mellom 1. linjetjenestene har vært spesielt viktig for å få tatt i bruk bredden av ressursene i ulike deler av kommunen, og for at koordinatorene fikk lære av hverandres metoder på tvers av yrkesgruppene. Dette har gitt nye og uventet gode erfaringer med å utnytte ressursene på tvers av tradisjonelle tjenestelinjer.

Veiledningsgruppene og erfaringsseminarene i læringsnettverket er organisert med tanke på å være kompetanseoverføringsarenaer som distribuerer ressursene dit de trengs.

Erfaringsoppsummeringene har også vist at det har vært en kompetanseoverføring fra 1. linje til 2. linje som har vært meget fruktbar.

*Begynne med det som er viktig for brukeren, og gjør noe som er mulig*

KPA-modellen tar utgangspunkt i at det fører til god ressursutnytting når brukeren får styre hvilke behov som skal dekkes og rekkefølgen på iverksettingen: Brukeren kan ha mange ønsker og behov. Noen er realiserbare, mens andre må utforskes og utvikles før de får en realiserbar form. Koordinator og bruker har i fellesskap undersøkt hvilke muligheter som finnes i forhold til det brukeren har ønsket. Koordinator representerer en ressurs som er stilt til

disposisjon for brukeren med regelmessige avtaler. Bruker og koordinator kan ikke ”forandre verden”, men de har startet med det viktigste først, slik at noe av det brukeren har ønsket seg har blitt ordnet. Søknad om tjenester og tiltak har fulgt vanlige regler. Brukeren har ikke fått rett til flere tjenester, men de søknadene han har satt fram er blitt mer ”treffsikre”.

Evalueringsene i KPA-prosjektene viser at *antall kontakter i tjenesteapparatet totalt sett ikke har økt* (figur 8.3), samtidig som *brukerne er mer fornøyd etter 10 måneder* enn i starten (figur 8.2). Dette har KPA-aktørene fortolket slik: Når brukerne er blitt støttet til å søke de tjenestene de selv ønsker er de også blitt mer fornøyd med tjenestetilbudet.

Tradisjonelt har behandlingen for mange av disse brukerne bestått i at behandlere og tjenesteytere har *avgjort* hva som er nødvendige tiltak, kanskje uten å spørre brukeren hva han/hun har ment selv. Erfaringene brukere har trukket fram i KPA-prosjektene vitner om at tjenesteressursene utnyttes bedre når brukerne styrer sammensetningen av eget tjenestetilbud, særlig når ressurs spørsmålet ses i et langtidsperspektiv.

## **8.6 Rettferdig fordeling**

*”Det er god kvalitet når innsats og ressurser i det samlede tjenestetilbudet er rettferdig fordelt.”*

Fordelingen av helse- og sosialtjenestens ressurser er ikke alltid rettferdig, og det er vanskelig å avgjøre hva som *er* rettferdig. Det føles som en nærmest uoverstigelig oppgave å skape en rettferdig fordeling av helse og sosialtjenestens ressurser. Hva har KPA sitt bidrag vært?

Prosjektene har ikke vært forskningsbasert, og det er ikke opprettet kontrollgrupper for å undersøke forskjellen mellom de som får og de som ikke får tilbud om koordinerte tjenester.

Tilbud om å være bruker i KPA-prosjektet ble gitt til et begrenset antall brukere. Dette ble gjort for å sikre koordinatorene god opplæring. Koordinator og nærmeste leder samt tilrettelegger fant fram til brukere som var aktuelle og som ønsket å delta i prosjektet. Arbeidsmåten var ny, tilbudet var ukjent og etterspørselen var svært begrenset i de fleste tjenestene, så i forhold til innkomne søknader var det knapt noe rettferdighetsproblem å ta stilling til. I opplæringsperioden (prosjektperioden) var målet å gjennomføre koordinering for en bruker som trengte slik hjelp, og lære opp koordinatorene. Dette har ført til at kommunene og bydelene har fått flere koordinatører som kan følge opp brukere som trenger koordinerte tjenester og individuell plan

Brukere som har rett til det skal nå tilbys utarbeidelse av individuell plan. Når KPA-prosjektene startet ble tilbudet om koordinering gitt til noen. Når forskrift om individuell plan ble vedtatt var det viktig utvide tilbudet til flere brukere for å oppfylle plikten fra helsetjenestens side. De lokale KPA-erfaringskonferansene ble i noen kommuner og bydeler brukt til å planlegge organisering av arbeid med individuell plan, og veiledningsgruppene ble en del av 1. linjens videre opplegg.

#### *Helhetlig tjenestetilbud (Individuell plan)*

Individuell plan er et svært viktig redskap for å spre helse og sosialtjenestens goder til de som trenger flere tjenester på en gang. Koordinering av psykososialt arbeid er prosessverktøy for å støtte koordineringen av arbeidet og sikre brukermedvirkningen i den individuelle planen. Resultatene fra KPA-prosjektene viser at brukere som har alvorlig psykisk lidelse og behov for koordinerte tjenester blir mer fornøyd med hjelpetilbudet når de får en koordinator og koordinering av tjenestene. Mange av brukerne som er blitt mer fornøyd har fortsatt flere udekkede behov og/eller uavklarte hjelpebehov. Dette er indikasjoner på at innsatsen koordinator gjør bidrar til å avklare situasjonen, gjøre viktige tjenesteressursene tilgjengelige og lette situasjonen for brukeren.

Prinsippene for individuell plan er å bidra til å begrense virkningene av sykdomsutløste funksjonshindringer. Brukere med behov for koordinerte tjenester må få oppfølging med regelmessige evalueringer av tjenestetilbudet for å sikre at de fortsatt får tilgang til de tjenestene de trenger for å være samfunnsborgere.

## 9. Oppsummering og konklusjon

KPA-modellen er eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester. En slik kvalitetsstrategi involverer mange aktørgrupper, den forutsetter beslutninger på flere nivåer og er avhengig av flere typer handling og samhandling. Resultatene fra iverksettingen av KPA-modellen i prosjektene viser at modellen har flere sterke sider. Men den rommer også en rekke utfordringer.

### 9.1 Sterke sider ved modellen.

#### *Brukermedvirkning*

KPA-modellens sterkeste side er at den styrker brukermedvirkningen. Dette er et klart og entydig resultat i alle KPA-prosjektene som underbygges av både målinger og evalueringer. Medvirkning er det erfaringsområdet hvor den målte økningen er størst. Denne positive utviklingen i brukermedvirkningen samsvarer med erfaringene brukere, pårørende og koordinatorene har presentert i avsluttende erfaringskonferanser i alle læringsnettverkene.

Brukermedvirkningen i KPA-prosjektene er målt på grunnlag av brukernes evaluering av medvirkning i oppfølgingen. Se Evalueringsprotokoll del 3 område D (Vedlegg 1). Det er gjennomsnittstallene for målingene som er vist i denne rapporten, og det er viktig å være oppmerksom på at noen brukere har erfart at de i høy grad har fått medvirke i sin egen oppfølging, mens andre ikke har erfart dette i samme grad. Kommentarer som er gitt i evalueringsprotokollene både fra brukere og koordinatorene som forklarer lav grad av brukermedvirkning er for eksempel: Brukeren har vært syk og unndratt seg kontakt med koordinator, eller bruker har vært innlagt i sykehus og koordineringen har stoppet opp for en tid. Det er også eksempler på lav grad av brukermedvirkning når brukeren har vært uten koordinator en tid fordi koordinator har vært langtidssykmeldt eller har sluttet. Målingene og kommentarene tyder på at når det er kontakt, og bruker-koordinator-paret samarbeider med utgangspunkt i KPA-modellen øker brukers medvirkning i egen oppfølging.

#### *Brukertilfredsheten øker*

Et annet tydelig resultat er at brukertilfredsheten øker, ikke bare når det gjelder brukermedvirkning, men også på de andre områdene i brukertilfredshetsmålingen. Økningen er noe svakere, men likevel en utvikling i positiv retning.

Brukertilfredshet øker parallelt med økende programoppfyllelse. Det er ingen kontrollgruppe som kan bekrefte at brukertilfredsheten øker fordi koordinator har fulgt KPA-programmet, men dette er en mulig forklaring på at brukertilfredsheten øker. Det kan være mulig å undersøke sammenhengen mellom økning i brukertilfredshet og økning i programoppnåelse systematisk i videre utforskning av KPA-modellen, selv om det ikke er gjort i denne undersøkelsen. Videre er det ønskelig å undersøke om økningene er signifikante eller ikke.

#### *Tverrfaglig veiledning på tvers av tjenester og nivåer*

Det er en forutsetning at veilederne kjenner metoden de skal veilede i, at det er egnede lokaler for veiledningen, og at koordinatorene får anledning til å bruke arbeidstid på å delta i veiledningsgruppa og nødvendig opplæring. Når disse forutsetningene er på plass er de tverrfaglige og tverretatlige veiledningsgruppe til nytte for å finne fram til ulike ressurser, og alternative måter å forstå situasjoner og løse problemer. Denne kjennskapen på tvers av tjenestene gjorde det enklere å samarbeide både med gamle og nye samarbeidspartnere. Det var også en stor fordel å ha veiledere fra spesialisthelstjenesten, fordi de hadde psykiatrifaglig kompetanse, de var kompetente veiledere og de fungerte som bindeledd til psykisk helseverntjeneste. Tverrfagligheten i veiledningsgruppene gjorde at koordinatorene raskt kunne få råd om riktig tjeneste, og resultatet for bruker var bedre enn hvis koordinator ikke hadde deltatt i en slik gruppe.

Veiledningsgrupper med deltakere uten spredning i ulike yrker og tjenester, og grupper med svært få koordinatorene, ble vurdert å ha lite å gi deltakerne sammenlignet med gruppene som var bredt sammensatt.

Noen koordinatorene savnet fagspesifikk veiledning de hadde deltatt i tidligere, og ønsket å gjenoppta for eksempel faglig gruppeveiledning for psykiatriske sykepleiere. Likevel var erfaringen med tverrfaglig og tverretatlig veiledningsgruppe så positiv at flere understreket at de ønsket tverrfaglig veiledningsgruppe i tillegg.

Koordinatorernes positive vurdering av tverrfaglige veiledningsgrupper med deltakere på tvers av tjenester og nivåer er en klart uttrykt erfaring i alle KPA-prosjektene. Det er utfordringer knyttet til iverksetting og gjennomføring av denne arbeidsformen, men den positive evalueringen underkjennes ikke av disse hindringene.

## 9.2 utfordringer

### *Tidsbruk*

KPA-prosjektene har aktualisert temaet tidsbruk på flere nivåer.

For det første: *Skal hjelperne måle tiden de bruker på hver bruker eller skal de ikke?* På den ene side kan hjelperne og behandlere oppleve at måling av tid fører til at oppmerksomheten blir rettet mot tidsbruk og blir noe som hindrer en god relasjon mellom hjelper og bruker. En hjelper som for eksempel er kontaktperson for brukere i et psykiatrisk dagsenter kan ønske å fordele tiden til flere brukere ut fra deres behov, og kan oppleve det kunstig å se på klokka og notere tidsbruk hver gang oppmerksomheten skiftes fra den ene til den neste brukeren. På den annen side er det nødvendig å vurdere hvordan ressursene brukes i forhold til brukerne, kanskje særlig i forhold til nye arbeidsoppgaver og metoder som skal innarbeides.

Registrering av tidsbruk er da et mål som er relativt enkelt å administrere.

Hjelperne som skal ha glede av å arbeide ut fra KPA-modellen må ha et ønske om å vurdere sin egen arbeidsinnsats med tanke på å forbedre den. Måling av tidsbruk er da en mulig måleparameter i arbeidet.

For det andre: *Er det mulig å måle tiden som brukes til å koordinere?* KPA-prosjektene viser at koordinering er en målrettet arbeidsoppgave som kan avgrenses og måles. Tiden kan måles ut fra hvor mye tid koordinator bruker sammen med bruker som koordinator<sup>8</sup> og til koordineringsoppgaver uten bruker tilstede. Resultatene viser at tidsbruken til koordinering går ned over tid.

Ikke alle koordinatorene fylte ut tidsbruk i førstegangs evalueringsprotokoll, og det kan tyde på at de ikke visste hva de skulle svare, eller ikke hadde tenkt på tidsbruken. Andre gang evalueringsprotokollene ble fylt hadde de fleste oppgitt sin tidsbruk. Dette kan skyldes at de som ikke hadde noe svar første gang hadde begynt å legge merke til hvor mye tid de brukte til oppgaven. Dette kan tyde på at selve registreringen fører til at flere koordinatorene begynte å registrere tidsbruk. Når de velger dette kan det ha sammenheng med at de ser en verdi i å

---

<sup>8</sup> Koordinatorne har hatt andre tjenesteoppgaver for bruker som kommer i tillegg til koordineringsoppgaven.

følge med på hvordan tjenesteressursene fordeles, eller synes det er viktig overfor sine ledere å dokumentere hvordan de bruker tiden.

Resultatene viser at det er mulig å avgrense tiden til koordinering på en måte som er hensiktsmessig for koordinator, slik at den kan måles. Tidsbruk er også er en mulig kvalitetsindikator for tjenesteorganisasjonen.

For det tredje: *Tar det for mye tid å koordinere ut fra KPA-modellen?* Svaret på dette spørsmålet ligger utenfor det resultatene fra KPA-prosjektene kan gi opplysninger om. Men hva er ”passe mye” tid til koordinering? Hvilke alternativer måles koordinering og tidsbruk mot? For å få bedre oversikt over ressursbruk kunne man se på samlet bruk av tjenesteressurser på en gruppe som fikk koordinering og en gruppe som ikke fikk det og følge dem over tid.

Modellen er utviklet for å koordinere tjenester til brukere med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Dette er brukere som er avhengige av å få tjenester som er tilpasset sine behov for å unngå tilbakefall og forverring av sykdom. Hver sykdomsepisode som fører til innleggelse i sykehus innebærer en betydelig ressursbruk. Opptrappingsplanen for psykisk helse bygger på ideen om å etablere ressurser i tiltak utenfor sykehus, slik at de alvorlig syke kan få relevante og tilpassede tjenester utenfor sykehus. KPA-modellen er bygget opp for å bidra til dette. Sett i lys av ressursbruken knyttet til langtids sykhussinleggelse er koordineringstiden forsvinnende liten, og spørsmålet blir heller: Hva er tilstrekkelig koordineringsressurs for å unngå sykhussinleggelse?

Det tar tid å koordinere tjenester for personer som har langvarig og alvorlig psykisk lidelse, særlig før brukerne har gjort seg kjent med ressurser og muligheter de kan bruke. Etter hvert tar koordineringsarbeidet mindre tid, men for noen brukere må det fortsette i lang tid, kanskje livet ut. Sett i forhold til alternativet at brukeren blir boende i institusjon er tiden som brukes til koordinering en svært verdifull ressurs, selv om den bare består av timer og ikke årsverk.

Det har lite hensikt å bruke KPA-oppfølging for brukere som kan koordinere sine tjenester selv og ikke får bedring av livskvaliteten ved å ha en personlig koordinator. Tidsbruken til koordinering må lønne seg for både brukeren og tjenesteorganisasjonene for å kunne forsvares.



### *KPA-modell versus forbedre eget arbeid?*

Koordinering er en type arbeidsoppgave som en rekke yrkesutøvere er godt kjent med. Er det nødvendig å lære en ny modell for å koordinere tjenester? Resultatene i KPA-prosjektene kan ikke vise at KPA-modellen fungerer bedre enn den eller de arbeidsmodellene tjenesteyterne har brukt fra før, forutsatt at samme prosjektinnsats var satt inn for å forbedre arbeidet.

Forbedring av eget arbeid fungerer ofte best når yrkesutøverne tar utgangspunkt i eksisterende arbeidsmetoder og rutiner, slik jeg har beskrevet i avsnittet om prosessforbedring. Innføring av en KPA-modell i stedet for å forbedre eget arbeid fører til ekstra opplæringsbehov.

Forbedring av eget arbeid som prosessforbedring forutsetter at arbeidet beskrives av medarbeiderne, og deretter identifiserer de hvilke ledd som fungerer dårlig slik at disse kan forbedres. I denne prosessen utvikler medarbeiderne måleverktøy som er tilpasset det området som skal forbedres, og de lærer samtidig metoder for kontinuerlig forbedringsarbeid som de siden kan tilpasse andre arbeidsoppgaver. Det er en rekke fordeler ved at de som utfører arbeidet selv tenker gjennom hva som skal forbedres og hvordan de skal gjøres. En eksternt utviklet arbeidsmodell blir et fremmedelement som må passes inn i eksisterende praksis.

Dersom medarbeiderne ikke har kunnskap om forbedringsmetode er imidlertid dette noe som må læres.

Det er antakelig et åpent spørsmål hva som er mest hensiktsmessig når mange ulike tjenester skal samarbeide. Det kan være vanskelig å finne fram til én felles arbeidsmodell som fungerer tverrfaglig og på tvers av tjenester. I forhold til en lang rekke brukere kan det være tilstrekkelig å ta utgangspunkt i forskrift og veileder for individuell plan. I situasjoner der lov og forskrift ikke er tilstrekkelig detaljert for å de som skal koordinere og det er behov for en felles tverrfaglig modell som kan brukes på tvers av diagnosegrupper og kompetansenivåer er KPA-modellen en mulighet.

### *Evaluerings*

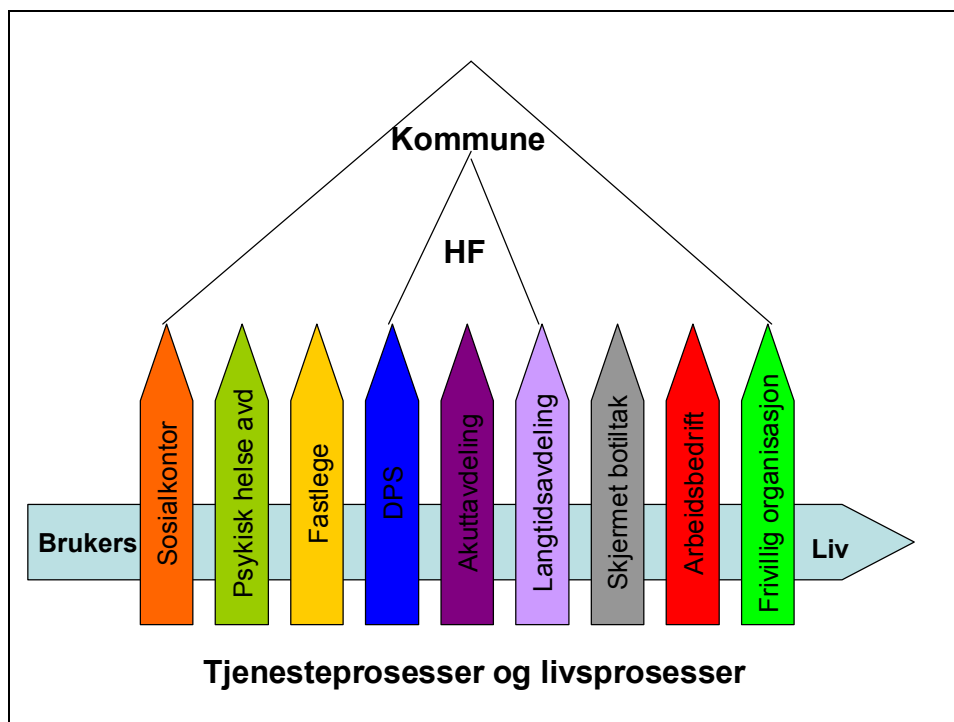
Bruk av systematisk, skriftlig evaluering av arbeidet har begrenset utbredelse i noen tjenester, og er velkjent i andre. Evalueringsprotokollene i KPA-prosjektene har vært en ny type verktøy for mange av koordinatorene. Dette har ført til store forskjeller i læringsbehovene knyttet til introduksjonen av evalueringsprotokollene. Læringsbehovene har hatt spredning fra evaluering som tema (hva er evaluering, hvorfor evaluere), til konkret innføring i bruken av evalueringsverktøyet. Motivasjonen for å bruke en evalueringsprotokoll påvirkes av forståelsen den enkelte medarbeider har av hva den kan brukes til. Prosjektdeltakerne som har

hatt lite erfaring med systematisk evaluering har også måttet lære hvilken nytte de kan ha av evaluering i eget arbeid og hva evalueringen kan brukes til i tjenesteorganisasjonen. En viktig utfordring knyttet til introduksjonen av KPA-evalueringene har vært knyttet til at evaluering har vært drevet tilfeldig og lite systematisk, og at det er begrenset evalueringskompetanse i deler av tjenestesystemene.

En annen viktig utfordring for evalueringsarbeidet har vært å etablere en evaluering som følger brukeren, ikke hver enkelt tjenesterelasjon. Tradisjonelt har tjenesteyting og innsatsen i samhandling skjedd ut fra den enkelte institusjon eller tjeneste, styrt av tjenestens hovedmål.

Brukeren eller samarbeidspartnere har kunnet bli avvist når tjenestebehovet ikke har passet til tilbudet tjenesten gir. De nye bestemmelsene i pasientrettighetsloven og forskrift om individuell plan forutsetter at tjenestetilbudene skal ta utgangspunkt i brukerens behov, tilpasse tiltakene og samarbeide med utgangspunkt i brukerens behov. Billedlig sett er dette en tilrettelegging av tjenester langs brukerens løp som også er brukerens liv, på tvers av tjenester, som i figuren 9.1. Denne plikten til å samarbeide er ny (Thommesen 2004).

Figur 9.1. Horizontal tjenesteyting og vertikal organisering



Samhandlingen mellom tjenestene bør følge brukerens forløp. Dette skaper behov for samhandlingsmetoder og –verktøy som mobiliseres langs brukernes vei gjennom tjenestene, etter hvert som tjenestene blir aktuelle. Individuell plan og en stabil kontaktperson er viktige

tiltak som styrker denne samhandlingen. KPA-modellen er et som bidrar til gjennomføring av en slik tverrgående evaluering, og brukerens perspektiv er det sentrale evalueringsperspektivet.

KPA-prosjektene har tatt utgangspunkt i at dette er kunnskap som er lettere å tilegne seg gjennom konkret arbeid med brukere og samarbeidende tjenester, for eksempel i et læringsnettverk, enn gjennom forelesninger og undervisning uten praksis. Evalueringer i flere av KPA-prosjektene har pekt på at det er behov for opplæring for å få alle tjenester til å delta i samhandlingen i samsvar med de nye reglene.

### *Opplæring av veiledere og koordinatore*

Både veiledere og koordinatore har gitt tilbakemeldinger om at veilederne ikke var godt nok skolert i KPA-modellen når de startet å veilede etter modellen, og dette har skapt frustrasjon både for veilederne og koordinatorene i noen grupper. Prosjekteideen var at veiledere og koordinatore skulle lære modellen parallelt, slik at veilederne og koordinatore var på samme nivå i forhold til modellen og begge parter var i læringsprosess samtidig. I noen grupper var koordinatorene i førstelinjetjenesten bedre kjent med arbeidsmåten KPA-modellen initierte enn veilederne, og det ble en stor utfordring å finne ut hvordan veilederrollen skulle håndteres. Alle veilederne kom fra spesialisthelsetjenesten, og hadde gjennom dette en psykisk helsevernkompetanse, men ikke alle hadde spesialutdanning i psykiatri. Det var imidlertid flere veiledere *med* spesialutdanning enn uten, som etterlyste mer opplæring før veiledningsgruppene startet.

En utvidelse av opplæringstiden for veilederne i modellen må veies i forhold til hensiktsmessig ressursbruk. Det må også vurderes i forhold til hvordan veiledere og koordinatore best lærer, med tanke på at de skal ta modellen i bruk. Hensikten er ikke å øke teoretisk kunnskap om brukervedvirkning og koordinering, men å skape rom der brukerne deltar i sin egen oppfølging og får sine viktigste behov dekket. Veileder og koordinatore må ha tilstrekkelig introduksjon til modellen som gjør den til en ressurs i arbeidet med bruker, og veiledningen tilknyttet dette. Erfaringer fra voksenpedagogikk viser at voksne lærer best ved å knytte ny kunnskap til eksisterende praksis.

Koordinatorene ønsket også at veiledere som ikke kjente modellen måtte gjøre erfaringer med å bruke den i arbeidet med egne pasienter, siden dette medførte en ny form for brukervedvirkning og koordinering fra det psykiske helsevernet.

Det er en utfordring å finne fram til opplæring som kvalifiserer passe godt for veileder og for koordinatoroppgaven.

### *Konklusjon*

Brukere som har behov for koordinerte tjenester har rett til å få én plan for sitt tjenestetilbud, og han eller hun skal kunne si ”Planen er god for meg”. Det er hindringer og utfordringer og mange hensyn skal veies. KPA-modellen peker på noen veier og grep som bidrar til å skape løsninger.

Modellen fremmer virkningsfulle tiltak. Den bidrar til å skape sikre tjenester.

Brukermedvirkningen blir helt klart styrket ved å bruke denne modellen. Den fører til god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet for brukeren. Modellen bidrar til å utnytte ressursene og fordele tjenester til beste for de som følges opp av koordinator.

I hvilken grad tjenesteytingen som helhet har lyktes avhenger av hva modellen sammenlignes med. Så langt er dette eksempel på en modell for koordinering og tverrfaglig samhandling til beste for personer med behov for hjelp til å få koordinerte helse og velferdstjenester.

## Tabeller og figurer

Tabell 4.1: Plan for læringsnettverket .....	29
Tabell 7.1: KPA-prosjekter gjennomført av Stiftelsen GRUK i perioden 2000 –2003 .....	52
Tabell 7.2: Antall protokoller levert.....	54
Tabell 7.3: Ikke dokumenterte forløp.....	54
Tabell 7.4: Alder og kjønn (n=308) .....	55
Tabell 7.5: Sykdomsvarighet, psykisk lidelse (N=169) .....	56
Tabell 7.6: Brukernes hovedproblem (n=309) .....	56
Tabell 7.7: Brukernes tilleggsproblemer (et eller flere): (n=309).....	57
Tabell 7.8: Koordinators yrke (n=310) .....	58
Tabell 8.1: Gjennomsnittlig programoppfyllelse i KPA-prosjektene etter 2 og 10 måneders veiledning N=217 .....	65
Tabell 8.2: Brukerens behov for tiltak på ulike livsområder etter 2 og 10 måneders oppfølging. Indre Østfold. N=28.....	67
Tabell 8.3: Antall udekkede behov på ulike livsområder etter 2 og 10 måneders oppfølging. Sum udekket behov i gjennomsnitt per bruker: .....	68
Tabell 8.4: Gjennomsnitt antall udekkede behov vurdert av bruker og koordinator etter 2 og 10 måneders oppfølging. Josefinegate DPS (N=28) .....	71
Tabell 8.5 Brukers erfaring med: Dekning av behov (akse E). Etter 2 og 10 måneders oppfølging Tilfredshet angitt i %. .....	72
Tabell 8.6: Vanskelighetsgrad i gjennomføring av arbeidsprosessen i KPA i prosent. Koordinators vurdering etter 10 måneders veiledning. N=206.....	75
Tabell 8.7. Brukers erfaring med tjenestetilbudet. Etter 2 og 10 måneders oppfølging Tilfredshet angitt i prosent. n= 200 .....	82
Tabell 8.8. Brukers erfaring med medvirkning i tjenestetilbudet. Etter 2 og 10 måneders oppfølging Tilfredshet angitt i %. n= 200 .....	82
Tabell 8.9 Andel av brukerne i prosent som har ansvarsgruppe etter 2 og 10 måneders oppfølging. n=226, antall i parentes.....	87
Figur 4.1 Arbeidsmodellen i KPA.....	24
Figur 8.1 Programoppfyllelse i prosent etter 2 og 10 måneders oppfølging. N = 217.....	65

Figur 8.2 Brukertilfredshet i prosent etter 2 og 10 måneders oppfølging (N=200) .....	80
Figur 8.3 Antall kontakter pr. bruker i 1.linjetjeneste og i 2.linjetjeneste, etter 2 og 10 måneders oppfølging. Gjennomsnitt. N= 218 .....	85
Figur 8.4: Andel brukere (%) som har plan for oppfølgingen, Programoppfyllelse i prosent etter 10 og 2 måneders oppfølging (n = 217) .....	86
Figur 9.1. Horisontal tjenesteyting og vertikal organisering.....	98

## Litteratur og kilder

- Akershus fylkeskommune, Folloklinikken. 2001. *Lokalbaserte rustiltak i Follo - Folloprosjektet. Sluttrapport*. Ski.
- Berger, Peter L. og Thomas Luckmann. 1992. *Den samfundsskabte virkelighed. En videnssociologisk afhandling*. 2. utg. København: Lindhardt & Ringhof.
- de Vibe, Michael og Anne Marte Evenstad. 2000. Koordinering av psykososialt arbeid. En modell for å styrke tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser. *Rehabiliteringsmagasinet BRIS 2/2000*. Rikstrygdeverket.
- de Vibe, Michael. 2002a. *Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra 8 kommuner og lokalpsykiatrien i Indre Østfold*. Skien: Stiftelsen GRUK.
- de Vibe, Michael. 2002b. *Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Asker kommune, Bærum kommune og Asker- og Bærumklinikken Allklinikk for psykisk helsevern*. Skien: Stiftelsen GRUK.
- de Vibe, Michael. 2003a. *Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Nedre Romerike (Lørenskog, Fet, Nittedal, Rælingen, Aurskog/Høland, Sørumsund) og Lillestrømklinikken*. Skien: Stiftelsen GRUK.
- de Vibe, Michael. 2003b. *Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Josefinegate DPS med bydelene Bygdøy/Frogner, Sogn og Sagene/Torshov*. Skien: Stiftelsen GRUK.
- de Vibe, Michael. 2004. *Prosjekt helhetlig rusbehandling, Læringsnettverk i prosessforbedring 2003-2004, Folloklinikken rustiltak, Aker universitetssykehus HF*. Skien: Stiftelsen GRUK.
- Evenstad, Anne Marte. 2002. *Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Folloklinikken og 7 tilhørende kommuner (Enebakk, Frogn, Nesodden, Oppegård, Ski, Vestby og Ås)*. Skien: Stiftelsen GRUK.
- Evenstad, Anne Marte. 2003. *Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Jessheimklinikken og 5 tilhørende kommuner*. Skien: Stiftelsen GRUK.
- Den norske lægeforening. 2002. *Gjennombruddsprosjekt i psykiatri: Bruk av tvang*. URL til full beskrivelse: <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=10226&subid=0>.

- Forskrift om individuell plan. 2004. *Forskrift om individuell plan. etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*. Fastsatt 23. desember 2004, gjeldende fra 1. januar 2005. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Gautun, Heidi og Arne Grønningssæter. 2002. *Prosjekt nevrologisk rehabilitering*. FAFO-rapport 403. Oslo.
- Karlsen, Helga. 2004. *Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Sinsen DPS og bydelene Helsfyr-Sinsen, Bjerke og Grefsen-Kjelsås*. Skien: Stiftelsen GRUK.
- Onyett, Steve. 1992. *Case Management in Mental Health*. London: Chapman & Hall.
- Onyett, Steve. 1995. *Making community mental health teams work*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Onyett, Steve. 2003. *Teamworking in mental health*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Payne, Malcolm Stuart. 1997. *Moderen Social Work Theory*. 2.utg. London: Macmillan.
- Pedersen, Otto Brun m.fl. 1998. Koordinering av psykososialt arbeid (Case management) for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser: Opplæring i kommunebaserte tjenester. *Dialog nr 3-1998, bulletin for SEPREP*. Oslo: Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser.
- Roos, Hans-Edvard. 1998. *Participatorisk forskning i kunnskapssamålet. Några kunnskapssociologiska frågeställningar kring forskning och praktik*. I Eiekeland og Fossetøl (red.): *Kunnskapsproduksjon i endring, nye erfaringer og organisasjonsformer*. AFIs skriftserie nr. 4 Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Ringerike sykehus HF. 2004. *Pasientfokusert Redesign – en metode for forbedringsarbeid*. URL til full beskrivelse: <http://www.ringerike-sykehus.no/?M=PV&folderid=25>. Innhentet juni 2004. Nettsiden er ikke datert.
- Schön, Donald. 1987. *Educating the reflective practitioner. Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Franscisco: Jossey-Bass Publishers.
- SINTEF. 2004. *Individuell plan for psykisk helse/Individuell plan for psykisk helse for barn og ungdom* (<http://www.hpp.no/>).



Sosial- og helsedirektoratet. 2003. ”...og bedre skal det bli”. Grunnlagsdokument. Hentet fra <http://www.shdir.no/assets/7309/030905Grunnlagsdokument.doc>. Sidetall iht nedlastet versjon.

Sosial- og helsedirektoratet. 2004. ”...og bedre skal det bli”. En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.

Stolanowski, Per-Arne og Michael H. Rønnestad. 1997. *Profesjonell utvikling i psykososialt arbeid*. Oslo: Cappelen.

Statens helsetilsyn. 2000. *Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser*. Utredningsserien nr. 2-2000.

Statens helsetilsyn. 2001. *Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern. Prosessforbedring i klinisk virksomhet*. Utredningsserien nr 5-2001.

Stensland, Ellen. 2001. *Fra monolog til dialog – en evaluering av lokalbaserte rustiltak i Follo*. Ski: Akershus fylkeskommune, Folloklinikken.

Stiftelsen GRUK. 2004. *Koordinering av psykososialt arbeid*. 2.utg. URL til publikasjonen: <http://www.gruk.no/filemanager/download/556/Ny%20versjon%20KPA%20%5B2%5D.pdf/>. Skien: Stiftelsen GRUK.

Sosial- og helsedepartementet. 2001. *Veileder for individuell plan*.

Thommesen, Hanne m.fl. 2004. *Individuell plan. Et sesam sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.

WHO. 1993. *Continuous quality development: a proposed national policy*. København: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Wig, Bjarne. 1996. *Kvalitetsforbedring som håndverk. Håndbok for praktikere*. 2.utg. Stavanger: Norsk forening for kvalitet.