STIFTELSEN

GRUK

GRUPPE FOR KVALITETSUTVIKLING I SOSIAL- OG HELSETJENESTEN

Rapport nr. 2 - 2003

# Koordinering av psykososialt arbeid

## Erfaringer og resultater fra Nedre Romerike (Lørenskog, Fet, Nittedal, Rælingen, Aurskog/Høland, Sørum) og Lillestrømklinikken

WWW.GRUK.NO

Prosjektnavn:
**Koordinering av psykososialt arbeid**
Erfaringer og resultater fra Nedre Romerike (Lørenskog, Fet, Nittedal, Rælingen, Aurskog/Høland, Sørum) og Lillestrømklinikken

Oppdragsgiver:
Lillestrømklinikken v/direktør Per Johannessen

Prosjektperiode:
Februar 2001 – Juni 2002.

Prosjektleder :
Michael de Vibe
Stiftelsen GRUK
Nedre Hjellegate 1
3724 Skien

Tlf. 35 58 40 40
firmapost@gruk.no
Rapporten kan lastes ned fra internett: www.gruk.no/tema/kpa

## Forord

Etter gjennomføring av KPA prosjektet på Nedre Romerike er jeg som tilrettelegger for spesialisthelsetjenesten bedt om å skrive forord til prosjektrapporten.

Prosjektet ble dratt i gang med startkonferansen på Moenga i februar 2001. Det var rekruttert 16 veiledere fra Lillestrømklinikken, Fjerdingby omsorgssenter og Aurskog-Høland sykehjem som annen hver uke i ett år skulle ut i kommunene og gi veiledning i KPA metoden.

Den strukturerte, metodiske måten som KPA-modellen innebærer, var ny for de aller fleste. Det var skjema som skulle følges og protokoller som skulle fylles ut. Hvor ble det egentlig av brukeren i alt dette? Frustrasjonsnivået var nok høyt enkelte ganger i startfasen. Min erfaring er at man kanskje burde brukt mer tid på opplæring/introduksjon av metoden både for veiledere og koordinatorer i første fase.

Prosjektet har gitt deltakerne en gjensidig kunnskap om hverandre. Vi har lært mye om hvordan det jobbes ute i kommunene og forhåpentligvis gitt noe tilbake om våre arbeidsmåter. Dette gir en gjensidig forståelse av hverandres situasjon som er veldig positiv for fortsatt samarbeid. Dannelsen av uformelle nettverk gjennom personlig kontakt er også verdifull i så måte.

Under sluttkonferansen 13.6.02 drøftet vi sammen med representanter for deltakende kommuner og GRUK alternative veier for videreføring av prosjektet. Det var stor enighet på konferansen at prosjektet som helhet har vært vellykket og at vi ønsker å videreføre samarbeidet etter KPA modellen. Lillestrømklinikken DPS følger dette opp ved å invitere kommunene på Nedre Romerike til et møte i løpet av høsten 2002 hvor det videre samarbeidet drøftes.

Med hilsen

Marit Holm
Sosionom ved Moenga
Tilrettelegger for KPA prosjektet for Lillestrømklinikken

## Sammendrag

Seks kommuner på nedre Romerike og lokalpsykiatrien besluttet å innføre en ressursbasert case management modell kalt koordinering av psykososialt arbeid (KPA). Målet var å bedre oppfølging av brukere med psykisk funksjonshemning og langvarige og sammensatte hjelpebehov. 53 brukere fikk tildelt en personlig koordinator i kommunen. Koordinatorene fikk opplæring og veiledning i modellen gjennom å delta i tverrfaglige veiledningsgrupper med 6-8 koordinatorer. Disse møttes 1 1/2 time hver 14. dag i ett år, og fikk metodeveiledning på oppfølgingen av sin bruker i tråd med et skriftlig handlingsprogram. Som ledd i opplæringen, og for å kvalitetsvurdere arbeidet, lærte koordinatorene å måle sin egen arbeidsprosess og effekten av denne for brukerne. Veilederne kom fra lokalpsykiatrien og fikk opplæring i KPA og i metodeveiledning.
Hver kommune og lokalpsykiatrien opprettet en tilrettelegger som skulle sikre forankring av KPA i nettverket og sikre at koordinatorene hadde nødvendig legitimitet og rammebetingelser for å gjennomføre arbeidet. Stiftelsen Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (GRUK) var prosjektansvarlig for innføringen, ved prosjektleder Michael de Vibe og prosjektmedarbeider Eli Ådnøy.

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

Koordinatorene lærer å arbeide etter KPA modellen selv om mange koordinatorer ikke har sluttført arbeidsprosessen i løpet av 12 måneder. Koordinatorene er godt fornøyd med veiledningen og ønsker at denne skal fortsette. De hadde ønsket seg bedre innføring i metoden før veiledningsgruppene startet. Veilederne opplevde å bli bedre kjent med kommunens medarbeidere og fortalte om et bedret samarbeid. De følte seg usikre på modellen, og på sin rolle som veiledere i KPA når de startet. Det tok tid før alle var fortrolige med dette. De hadde ønsket seg bedre opplæring i KPA i starten av prosjektet og mer tid til før- og etter-veiledning.

Tilretteleggere og ledere i kommunene og psykiatrien rapporterte om bedret samarbeid omkring brukerne på tvers av etater i kommunen og mellom 1. og 2 linjen. Psykiatrien og kommunene har bestemt seg for å fortsette med modellen. Det gjenstår en del arbeid før rollen som personlig koordinator og arbeidsbetingelsene for disse er godt forankret i alle deltagende organisasjoner. Det gjenstår et arbeid for å tilpasse KPA til andre brukergrupper i kommunen. Videre må det arbeides for å trekke med de etater som ikke deltok med koordinatorer, slik at man etter hvert kan få en felles metode i kommunen for å følge opp brukere som har rett på individuell plan.

# Innhold

**1.0. INNLEDNING ..... 6**

1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET ..... 6
1.2 MÅLSETTING ..... 6

**2.0 FORUTSETNINGER FOR GOD OPPFØLGING AV BRUKERNE ..... 6**

2.1 EGNET FAGMODELL ..... 6
2.2 OPPLÆRING AV MEDARBEIDERE ..... 7
2.3 ORGANISATORISK FORANKRING OG SAMARBEIDE MELLOM FØRSTE- OG ANDRELINJEN. ..... 7

**3.0 METODE ..... 7**

**4.0 EVALUERING AV PROSJEKTET ..... 8**

4.1 EVALUERING AV PROSJEKTORGANISERING ..... 8
4.2 EVALUERING AV GJENNOMFØRING AV LÆRINGSNETTVERKET ..... 8
4.3 EVALUERING AV TIDSBRUK ..... 10

**5.0 RESULTATER ..... 11**

5.1 RESULTATER FRA KARTLEGGINGSPROTOKOLLENE ..... 11
*5.1.1 Koordinatorene ..... 11*
*5.1.2 Problemer hos brukerne ..... 12*
*5.1.3 Veilederne ..... 12*
*5.1.4 Tidsbruk for koordinatorene ..... 13*
*5.1.5 Brukernes nettverk ..... 13*
*5.1.6 Programoppfyllelse ..... 13*
*5.1.7 Behovsdekning ..... 14*
*5.1.8 Brukertilfredshet ..... 15*
*5.1.9 Åpne kommentarer til kartleggingsprotokollen ..... 16*
5.2 EVALUERING AV VEILEDNINGSGRUPPENE ..... 16
5.2 ERFARINGER FRA VEILEDERE ..... 19

**6.0 ERFARINGER FRA KOMMUNENE ..... 19**

6.1 ORGANISATORISK FORANKRING. ..... 20
6.2 VALG AV BRUKERE OG KOORDINATORER ..... 20
6.3 OPPLÆRING AV KOORDINATORER ..... 21
6.4 TILRETTELEGGERS ROLLE ..... 21
6.5 VIDEREFØRING AV KPA ..... 21

**7.0 ERFARINGER FRA KOORDINATORER OG BRUKERE ..... 22**

**8.0 ERFARINGER FRA VEILEDERE FRA PSYKIATRIEN ..... 23**

**9.0 ERFARINGER FRA TILRETTELEGGERE ..... 25**

**10.0 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER ..... 26**

**REFERANSER ..... 28**

**VEDLEGG ..... 28**

VEDLEGG 1: EVALUERINGSPROTOKOLL FOR KPA ..... I
VEDLEGG 2: EVALUERING AV VEILEDNINGSGRUPPA FOR KPA ..... XIII

# 1.0. Innledning

### *1.1 Bakgrunn for prosjektet*

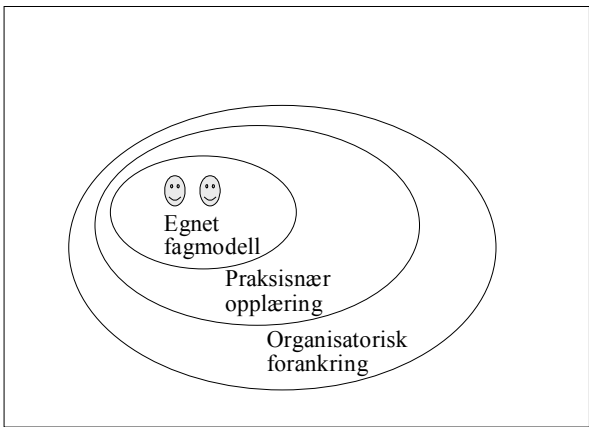
Kommunene og psykiatrien på nedre Romerike fikk våren 2000 tilbud fra Helsetilsynet via fylkeslegen i Akershus om en opplæringspakke i psykososial rehabilitering etter en case management metode kalt "Koordinering av psykososialt arbeid- KPA" Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (GRUK), som har utviklet metoden, skulle stå for opplæringen. Ledelsen ved Lillestrømklinikken tok kontakt med GRUK og arrangerte et informasjonsseminar for alle enheter ved Lillestrømklinikken den 15.6.2000 med ca 50 deltagere. Lillestrømklinikken besluttet å gå inn for prosjektet og så på det som en mulighet for å bedre oppfølgingen av brukerne og gi kommunene den veiledning de hadde etterspurt. Kommunene ble orientert om prosjektet 24.8.2000, og GRUK holdt et informasjonsseminar for kommunene 19.9.2000 med ca 50 deltagere. Lillestrømklinikken sendte i november 2000 en formell invitasjon til kommunene og innen februar 2001 hadde Aurskog-Høland, Fet, Lørenskog, Nittedal, Rælingen og Sørum svart ja, mens Skedsmo avslo å være med. De hadde utviklet egne metoder og rutiner for oppfølingen av brukerne som de ønsket å fortsette med. Kontrakt for gjennomføring av prosjektet ble underskrevet i februar 2001.

### *1.2 Målsetting*

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

# 2.0 Forutsetninger for god oppfølging av brukerne

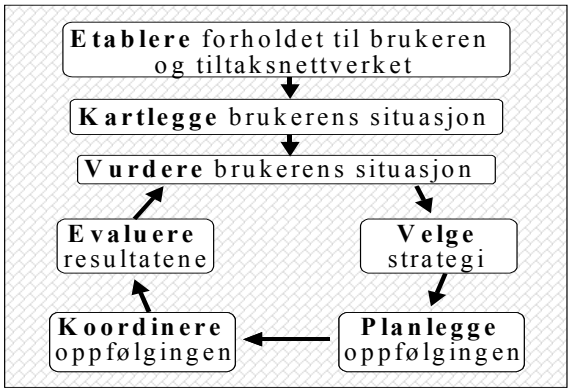
Tre elementer er nødvendig for å bedre oppfølgingen av brukerne; en egnet felles fagmodell, praksisnær opplæring i modellen og organisatorisk forankring av den i hele tjenestenettverket.




*Figur 1 Forutsetninger for oppfølging av brukere*

### *2.1 Egnet fagmodell*

Dersom brukerne blir fulgt opp etter samme metode i hele tjenestenettverket ville deres situasjon endres dramatisk. Slik det er i dag blir brukere fulgt opp forskjellig når de har kontakt med ulike tjenester som for eksempel sosialkontor, hjemmesykepleien, DPS og psykiatriske sengeposter. Stiftelsen GRUK har utviklet en ressursbasert case management modell tilpasset norske forhold. Denne kalles koordinering av psykososialt arbeid (KPA) og er beskrevet i et veiledningshefte utgitt av Statens helsetilsyn i 2000(1). Tekstdelen er revidert for å passe for alle brukere som trenger individuell plan og vil ligge på GRUKs hjemmeside www.gruk.no . Hver bruker får oppnevnt en personlig koordinator i kommunen som følger opp brukeren.




*Figur 2 Arbeidsgangen i koordinering av psykososialt arbeid*

Arbeidsgangen i oppfølgingen er vist i figur 2. Hvert trinn er nøye beskrevet og det er utarbeidet arbeidsark for å sikre gjennomføringen av hvert trinn.

### *2.2 Opplæring av medarbeidere*

Utsending av handlingsprogrammer og kurs endrer i liten grad medarbeideres arbeidsmåte. Løpende tilbakemelding på eget arbeid og refleksjon i kollegagrupper gir derimot endringer (2). Opplæring av koordinatorer har derfor skjedd i tverrfaglige veiledningsgrupper med 6-8 deltakere fra forskjellige etater i kommunene. Disse har fått praksisnær opplæring og veiledning i KPA modellen av veiledere fra det lokale DPS. Veiledningen har hatt hovedvekt på metodeveiledning, men det har også vært gitt psykiatrifaglig veiledning etter behov. Som et viktig ledd i opplæringen har koordinatorene lært å måle sin egen arbeidsprosess og resultatet av denne for brukeren. Måleverktøyet var en evalueringsprotokoll som koordinatorene fylte ut etter to og ti måneders arbeid med brukerne. Gjennom måling av hvor langt de har kommet i gjennomføringen av KPA (programoppfyllelse), blir det tydelig hvilken del av arbeidsprosessen de trenger å få veiledning på. Forut for oppstart av gruppene hadde veilederne fått opplæring i metodeveiledning, samt innføring i KPA.

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

Vellykket innføring av KPA er avhengig av full støtte fra ledere og mellomledere i de deltakende organisasjoner. Det ble derfor opprettet et læringsnettverk bestående av de 6 deltakende kommuner og tilhørende psykiatriske tjenester (Lillestrømklinikken). Nøkkelpersoner i læringsnettverket var 1 tilrettelegger i hver kommune (leder av psykiatritjenestene), og 1 tilrettelegger fra spesialisthelsetjenesten. Disse hadde ansvar for å informere egen organisasjon om KPA, sørge for rekruttering av brukere, koordinatorer og veiledere, og sikre at koordinatorer og veiledere fikk nødvendige arbeidsbetingelser. Fra GRUK deltok en prosjektleder (forfatter av denne rapporten) og på de fleste samlinger var det med en eller to andre medarbeidere fra GRUK. Arbeidsgangen i læringsnettverket er vist i figur 2.

## 3.0 Metode

Prosjektet har blitt gjennomført med deltakende observasjon fra GRUKs side, og alle observasjoner og resultater har med en gang blitt tilbakeført til deltakerne i prosjektet. Dette er essensen i aksjonsforskning, der vi fra GRUK er aktive i prosjektet samtidig som vi samler kvalitative data og målinger som meldes tilbake til deltakerne i prosjektet. GRUK samlet inn data fra anonymiserte kopier av evalueringsprotokollene som koordinatorene fylte ut. De målte her sin egen programoppfyllelse og tidsbruk. De intervjuet sine brukere etter to og ti måneder for å kartlegge brukerens nettverk, udekkede behov hos brukeren og brukertilfredshet. I tillegg fylte koordinatorene ut en skriftlig evalueringsprotokoll for vurdering av veiledningsgruppene etter ti måneders veiledning. Dataene ble også brukt av GRUK til å justere det faglige innholdet på samlingene ut fra hvilke læringsbehov deltakerne hadde.

Erfaringsseminarene hver 3 måned gav tilretteleggere og veiledere anledning til å legge fram sine erfaringer og problemer og lære av hverandre. Evalueringen av disse seminarene var entydig positive. Oppmøte var meget godt fra veiledernes side, men noe varierende fra tilretteleggerne. Tilbakemeldinger fra veiledere og tilretteleggerne ble også gitt videre til

mellomledere og ledere slik at disse kunne sikre nødvendige rammebetingelser for KPA i tjenestenettverket.

Data fra prosjektet er derfor både kvalitative gjennom observasjoner, prosjektlogg og referater, og kvantitative gjennom bearbeiding av data fra evalueringsprotokollene og evalueringene av veiledningsgruppene. De fleste data blir presentert samlet for hele læringsnettverket, fordi tallene er for små til å dele opp kommunevis.

## 4.0 Evaluering av prosjektet

### *4.1 Evaluering av prosjektorganisering*

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

Selv om innføring av KPA ble gjennomført som et prosjekt, der prosjektleder for GRUK og tilretteleggerne fungerte som prosjektgruppe, ble det ikke opprettet en formell styringsgruppe eller referansegruppe. Dette ville vært en fordel spesielt da tilrettelegger fra Lillestrømklinikken hadde sitt arbeidssted ved en døgnenhet som var lokalisert et annet sted enn ledelsen i Lillestrømklinikken. En styringsgruppe av ledere fra kommunene og Lillestrømklinikken ville sikret en tettere kontakt mellom ledelse og prosjektet, muliggjort en grundigere forankring av prosjektet i organisasjonene, og kanskje lettet samarbeidet mellom Lillestrømklinikken og kommunene under prosjektperioden og i videreføringen etter prosjektslutt.

Det ble oppnevnt en tilrettelegger fra hver kommune, og dette var leder for psykiatritjenesten i kommunene. I en kommune sluttet tilrettelegger i prosjektperioden. I en annen kommune startet tilrettelegger på en videreutdanning, og i en tredje kommune fikk tilrettelegger store tilleggsoppgaver som leder for et bokollektiv. Disse forhold førte til at forankringen av KPA i kommunen fikk mindre fokus, og kontinuiteten i kontakten mellom kommunen og GRUK ble dårligere. I en kommune førte det til at oppstart av KPA arbeidet ble forsinket med tre måneder. Disse forhold bidro til at spredningen av erfaringer fra prosjektet til andre deler av kommunen ble mindre og dette vil kunne påvirke videreføringen av KPA arbeidet i disse kommunene. En kommune opererte med to personer i tilrettelegger rollen, og dette er en fordel for å sikre kontinuiteten i arbeidet. Noen tilretteleggere gav uttrykk for at de følte seg alene om å sikre innføring av KPA i sin kommune, og ville ønsket å ha en styringsgruppe rundt seg i kommunen bestående av ledere fra berørte etater. De fleste tilretteleggere var også personelige koordinatorer for en bruker. Dette lettet kjennskapet til metoden og gjorde det lettere å fange opp systemproblemer som andre koordinatorer opplevde.
I to veiledningsgrupper ble det bytte av veileder. I begge grupper kom det inn veiledere som kjente metoden og byttet gikk uten problemer. Tilrettelegger i Lillestrømklinikken gikk også inn som veileder og dette gir et annet eierforhold til KPA- og veiledningsmetoden som kan være nyttig for å bistå de andre veilederne som opplever problemer.

### *4.2 Evaluering av gjennomføring av læringsnettverket*

Tidsplan for KPA var lagt inn i milepelsplanen for prosjektet og ble gjennomført stort sett etter planen. Oppstart av veiledningsgrupper ble utsatt i tre måneder i en kommune fordi tilrettelegger hadde fått pålagt seg andre oppgaver. Videre ble det avholdt et seminar for koordinatorer utenom prosjektplanen etter ønsker fra tilretteleggere og veiledere. Hovedaktivitetene i prosjektet er vist i tabell 1.

*Tabell 1 Plan for læringsnettverket*

| Fase | Måned | Aktivitet | Deltakere |
|---|---|---|---|
| Etablering | Juni 2000 | Orienteringsseminar (1 dag) | Ledere og medarbeidere i Lillestrømklnikken, |
| | Sept 2000 | Orienteringsseminar (1 dag) | Ledere og medarbeidere i kommunene og ledere fra Lillestrømklnikken, brukerrepresentanter |
| | Januar 2001 | Vedtak om å starte. Oppnevning av tilretteleggere og veiledere | Ledere i 1. og 2.linjen |
| | Januar-Februar 2001 | Orienteringsmøter for tilretteleggere og veiledere | Tilretteleggere i 1. og 2.linjen, og veiledere |
| | Mars 2001 | Opplæringsseminar (2 dager) | Ledere, tilretteleggere og veiledere |
| Gjennomføring | April-Mai 2001 | Startkonferanser i hver kommune (1/2 dag) | Ledere, medarbeidere, bruker- og pårørende-representanter, politikere, berørte instanser som politi, A-etat, trygdekontor, skole, med flere |
| | Mai-August 2001 | Veiledningsgruppene kommer i gang | Personlige koordinatorer og veiledere. Nødvendig praktisk støtte fra tilretteleggere |
| | Juni 2001 | 1. erfaringsseminar (1 dag) | Tilretteleggere og veiledere |
| | Okt 2001 | 2. erfaringsseminar (1 dag) | Tilretteleggere og veiledere |
| | Januar 2002 | Koordinator seminar (1 dag) | Koordinatorer, tilretteleggere og noen veiledere |
| | Mars 2002 | 3. erfaringsseminar (1 dag) | Tilretteleggere og veiledere og ledere for Lillestrømklinikken |
| Avslutning | Mai 2002 | Erfaringskonferanser i hver kommune (1/2 dag) | Ledere, medarbeidere, bruker- og pårørende-representanter, politikere, berørte instanser som politi, A-etat, trygdekontor, skole, m.flere |
| | Juni 2002 | Sluttkonferanse (1/2 dag) | Linjeledere 1. og 2.linje, bruker- og pårørende-representanter, alle tilretteleggere og veiledere |

Utenom samlingene har prosjektleder fra GRUK hatt jevnlig kontakt med tilretteleggere i kommunene og Lillestrømklinikken. Sistnevnte har vært hovedkontakten, og hun har igjen hatt regelmessig kontakt med tilretteleggere i kommunene og veiledere fra psykiatrien. Prosjektleder fra GRUK har deltatt på alle samlingene i prosjektperioden sammen med 1-2 medarbeidere fra GRUK.

I ettertid ser vi at det kunne vært avholdt flere møter med tilretteleggerne i starten av prosjektet, for å hjelpe dem med å velge de brukere og koordinatorer som kan profittere mest

på deltakelse i prosjektet. Det viste seg at noen koordinatorer hadde valgt brukere som hadde lite behov for koordinering. Noen koordinatorer ble også med uten og ha fått tilstrekkelig informasjon, og noen trakk seg tidlig fra prosjektet. Videre kunne flere formøter ha hjulpet tilretteleggerne med å informere grundigere i egen organisasjon. Dette ville sikret at alle koordinatorer hadde legitimitet i systemet og ryggdekning og rammebetingelser fra egen leder til å gjøre KPA arbeidet.
Mer tid i forberedelsen kunne ha sikret at alle koordinatorer og brukere var på plass når oppstartkonferansen i kommunen ble avholdt. Dette var ikke tilfelle og førte til at noen koordinatorer ikke fikk brukere før det var gått flere måneder. Noen koordinatorer var ikke til stede på oppstartkonferansen og møtte derfor uforberedt til veiledningsgruppen.

Opplæringen av veilederne kunne også vært bedre. Det tok lang tid før alle veiledere var i gang med å veilede på metoden. Dette var nok i stor grad fordi de selv var usikre på metoden, og veiledere bør oppfordres til å prøve ut metoden i forhold til brukere som de selv følger opp. Det ble arrangert noen ekstra møter mellom tilrettelegger fra Lillestrømklinikken og veilederne mellom erfaringsseminarene, og dette fungerte som en veiledning på veiledningen. Veilederne uttrykte behov for dette.

Opplæringen av koordinatorene i starten av prosjektet var mangelfull. De hadde ulik yrkesbakgrunn og erfaring, og ulik forståelse av KPA metoden. En samlet gjennomgang av KPA metoden for alle koordinatorene ville lettet deres og veiledernes arbeid. Koordinatorseminaret, som ble avholdt midtveis i prosjektet fikk en meget positiv evaluering og det ble uttrykt at dette burde ha kommet i starten på læringsnettverket. Koordinatorene har ulik bakgrunn og erfaring i forhold til brukerne og et tidligere seminar kunne ha avhjulpet dette.

### *4.3 Evaluering av tidsbruk*

Arbeidet ble utført i tråd med kontrakten. Tidsbruken fra GRUKs side tilsvarer et halvt årsverk.

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

- Tilrettelegger fra DPS har brukt ca 1-2 dager per uke
- Tilretteleggere i kommunene har brukt ca 1 dag per 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 7 dager. Gjennom dette arbeidet har de mottatt opplæring og erfaring i metodeveiledning.
- Koordinatorene har brukt ca 3/4 time ukentlig sammen med sin bruker. Tid til forberedelse, skrivearbeid og møter med samarbeidspartnere har vært 40 minutter per uke. Resultater fra andre læringsnettverk og fra liknende prosjekter fra Sverige har vist at det går ½ - ¾ time i uken til dette (3). I tillegg har de brukt 1 ½ time annen hver uke på veiledning. Total tidsbruk i prosjektet blir derfor ca 80 timer per koordinator. Den tiden de har brukt sammen med sin bruker, ville mange av koordinatorene brukt uavhengig av prosjektet, da de fleste koordinatorer er medarbeidere som følger opp brukerne i sitt vanlige arbeid. Gjennom deltagelse i prosjektet har de mottatt opplæring, veiledning og erfaring i KPA, som er en metode for gjennomføring av individualisert oppfølging i tråd med forskrift og veileder om individuell plan.

# 5.0 Resultater

## *5.1 Resultater fra kartleggingsprotokollene*

53 brukere og 51 koordinatorer ble rekruttert til prosjektet. To koordinatorer fikk nye brukere fordi brukeren de hadde fått tildelt ikke ønsket å være med i prosjektet. 50 koordinatorer fylte ut en evalueringsprotokoll 2 måneder etter oppstart av veiledningsgruppene. Den inneholdt opplysninger om bruker, koordinator og tiltaksnettverket for brukerne, en sjekkliste for arbeidsgangen i KPA og et intervju med brukeren om udekkede behov og brukertilfredshet.

En ny utfylling ble gjentatt 8 måneder senere. Ti koordineringsforløp var da avbrutt. Fem brukere hadde trukket seg enten fordi de hadde flyttet fra kommunen eller fordi de ikke ønsket en koordinator. Fem koordinatorer var falt ut; tre på grunn av presset arbeidssituasjon, og to fordi de hadde startet på videreutdanning. Seks 2.gangs protokoller ble ikke innlevert; to fordi bruker var for dårlig til å intervjues, en fordi brukeren ikke ville at protokollen skulle leveres, og tre av ukjent årsak. To protokoller var mangelfullt utfylt. Det gjensto da 32 brukere der begge protokollene var ferdig utfylt, og hvor man kunne sammenlikne situasjon etter to måneder og 10 måneder.

### 5.1.1 Koordinatorene

Det startet 51 koordinatorer som hver hadde ansvar for oppfølging av en bruker. Yrkesbakgrunn til koordinatorene er vist i tabell 2.

*Tabell 2 Yrkesbakgrunn for koordinatorer*

| | |
|---|---|
| Psykiatrisk hjelpepleier | 8 |
| Psykiatrisk sykepleier | 6 |
| Sykepleier | 5 |
| Hjelpepleier | 5 |
| Sosionom/sosialkonsulent | 10 |
| Vernepleier | 3 |
| Barnevernspedagog/Helsesøster | 5 |
| Aktivitør/Ergoterapeut | 3 |
| Miljøterapeut/miljøarbeider/assistent | 4 |
| Samfunnsviter | 2 |
| Sum | 51 |

Koordinatorene ble valgt fra forskjellige etater i kommunen for å spre kunnskapen om KPA, og for sikre at gruppene ble satt sammen tverrfaglige og tverretatlige. Erfaringer fra tidligere læringsnettverk har vist at dette øker læringsutbyttet i gruppene og bedrer samarbeidet mellom etatene i kommunene. Dette fremgår også av koordinatorenes vurdering av veiledningsgruppene ( se side 14). Valget av koordinatorer ble gjort av linjelederne, for å synliggjøre at de arbeider på delegasjon fra sin leder. Lederen er ansvarlig for å legge arbeidsforholdene til rette for koordinatorene.

Selv om mange av koordinatorene hadde ansvar for mange brukere, var de kun personlig koordinator for en bruker som de fikk veiledning på gjennom hele året. Dette ble gjort for best mulig å lære KPA modellen.

### 5.1.2 Problemer hos brukerne

Brukerne over 18 år med psykisk lidelse og behov for sammensatte og koordinerte tjenester var målgruppen. Noen koordinatorer valgte brukere med annen hovedlidelse og psykiske plager som tilleggsproblem ( ADHD og demens), og 6 brukere hadde ingen oppgitt diagnose men hadde psykiske funksjonshindringer.

Valget av brukere ble gjort av linjelederne sammen med tilrettelegger i kommunen. Dersom brukeren hadde en medarbeider som ønsket å være koordinator, ble denne valgt.

Det var i alt 53 brukere som fikk tilbud om koordinator, 26 kvinner og 27 menn. Gjennomsnittsalder var 40 år med spredning fra 21 til 77 år. De hadde i gjennomsnitt en sykdomsvarighet på 12.5 år med en spredning fra 1-25 år. Tabell 3 viser oversikt over brukernes hovedproblemer.

*Tabell 3 Hovedproblemer hos brukerne*

| | |
|---|---|
| Manisk depressiv psykose | 5 |
| Schizofreni | 14 |
| Annen psykose | 4 |
| Personlighetsforstyrrelse | 2 |
| Angst og/eller depresjon | 16 |
| Annet ( ADHD/PTSS; demens, Tourette) | 6 |
| Ingen diagnose | 6 |
| **SUM** | **53** |
| **TILLEGGSPROBLEMER** | |
| Rus | 9 |
| Somatiske problemer | 37 |

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

### 5.1.3 Veilederne

Det ble startet 8 veiledningsgrupper for de 6 kommunene. De to største kommunene startet to veiledningsgrupper. Alle gruppene startet med to veiledere. Veilederne ble hentet fra DPS, både fra sengeavdelinger og poliklinikk. I tillegg var en veileder med fra en døgnenhet ved Sentralsykehuset i Akershus. Totalt var det 18 veiledere med i prosjektperioden, hvorav 9 psykiatriske sykepleiere, en sykepleier, en vernepleier med videreutdanning, en lærer og miljøterapeut, 3 sosionomer og 3 psykiatriske hjelpepleiere. Fire av veilederne hadde godkjent veilederutdanning.

Fire veiledere trakk seg på grunn av bytte av jobb eller videreutdanning, og ble erstattet av tre nye veiledere. I to grupper skjedde dette sent i prosjektperioden og en veileder tok da to grupper, mens tilrettelegger fra Lillestrømklinikken gikk inn som veileder i den andre gruppen. Det virket ikke som disse skiftene virket negativt inn på gruppenes arbeid.

### 5.1.4 Tidsbruk for koordinatorene

Den tiden som ble brukt sammen med brukerne var i snitt 43 minutter (spredning 20-120min) etter 2 måneder og det samme etter 10 måneders oppfølging av brukerne. Dette er noe lavere tidsbruk enn det som er funnet i andre læringsnettverk i Møre og Romsdal, Østfold og Akershus. Her har tidsbruken ligget noe over 1 time etter 2 måneder og like under 1 time etter 10 måneder (4,5,6).

Tidsbruken til andre oppgaver som skriving av planer, telefoner og møter med samarbeidspartnere og det å sette seg inn i KPA modellen var 42 minutter etter 2 måneder (spredning 10-60 minutter) og 38 minutter etter 10 måneders veiledning (spredning 0-120 minutter). Dette ligger også noe under tidsbruken i andre nettverk i Akershus (6) mens det er tilsvarende det som er funnet i et liknende prosjekt i Sverige (3).

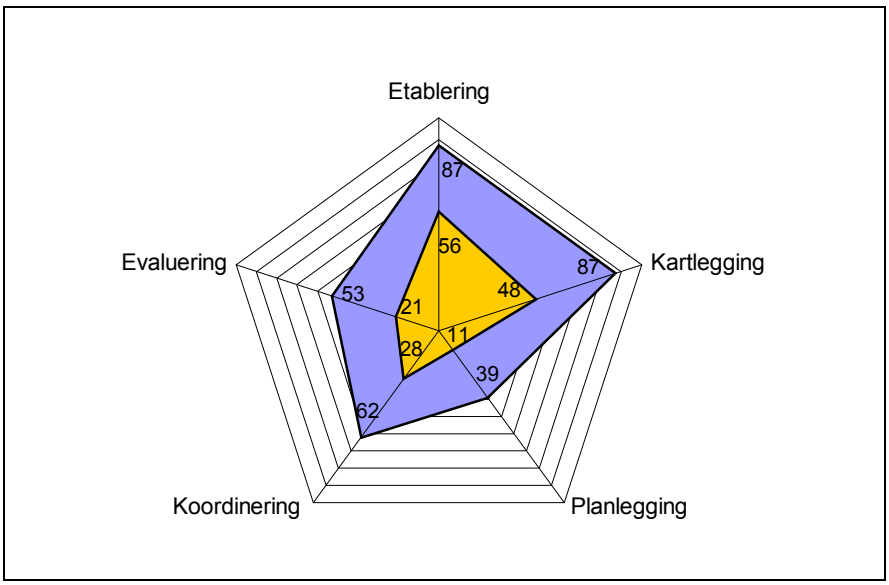
### 5.1.5 Brukernes nettverk

Antall kommunale og fylkeskommunale hjelpere som brukerne hadde kontakt med ved start av veiledningen var 4.4 i snitt (hvorav 0.7 fylkeskommunale), og 4.2 i snitt (0.7 fylkeskommunale) etter 10 måneder. Dette viser at man har valgt brukere med et omfattende hjelpebehov og behov for koordinering. Den lille nedgangen i antall kommunale hjelpere kan være et uttrykk for at kontakt med koordinator har redusert behovet for kontakt med andre hjelpere, men resultater fra andre nettverk har vist svak økning i antall hjelpere i løpet av prosjektperioden (4,5). Hvilken innvirkning det å få en personlig koordinator vil ha på det øvrige nettverk av hjelpere rundt brukeren er for tidlig å si noe sikkert om. Oppfølgingsstudier etter lenger tids koordinering er nødvendig for å gi svar på dette.

Ved start av veiledningen var det 12 brukere som hadde en etablert ansvarsgruppe, og dette steg til 17 etter 10 måneder. I KPA metoden skal ansvarsgruppe brukes av koordinator og bruker når dette er hensiktsmessig, og den skal alltid være måltrettet og tidsavgrenset. Når mange tiltak skal samordnes, og mange tjenesteytere er involvert, kan det være hensiktsmessig å opprette en ansvarsgruppe. Således er det rimelig at antallet stiger i løpet av prosjektperioden, noe vi også ser i andre læringsnettverk for KPA.

### 5.1.6 Programoppfyllelse

Opplæring og veiledning i KPA skal hjelpe koordinatorene i å gjennomføre oppfølgingen av brukerne etter en fastlagt modell. Koordinatorene lærer å måle hvor langt de har kommet i sitt arbeid gjennom å krysse av hvilke elementer i hvert steg av arbeidsprosessen de har gjennomført (helt, delvis eller ikke utført). Dette summeres til en score som gir prosentvis oppfyllelse av hvert hovedledd i arbeidsprosessen. Figur 3 viser utviklingen av programoppfyllelse over 10 måneder fra start av opplæringen.




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

***Gjennomsnittlig økning av programoppfyllelse fra 33% til 66%***

Det har vært en markert økning på alle områder, også der utgangspunktet var dårligst; det å skrive skriftlige planer som bruker og samarbeidspartnere har kopi av. Det er allikevel her mest gjenstår, og sammenholdt med erfaringer fra andre læringsnettverk, kan vi nå si at dette er noe som tar tid. Det kan ta to år før denne prosessen er sluttført. Det skyldes både at prosessen ikke kan gå fortere enn det brukeren er i stand til, men det er også klart at mange ansatte i helsesektoren er uvant med skriftlige planer. Fra evalueringen av veiledningen (side14) ser vi at denne delen av arbeidet oppleves som vanskelig av mange koordinatorer.

### 5.1.7 Behovsdekning

Brukerne ble spurt om hvilke udekkede behov for tjenester de hadde på ulike livsområder. Hvert angitt behov ble gitt tallverdi 1, og gjennomsnitt udekkede behov ble regnet ut. Tabell 4 viser utviklingen av behovsdekning.

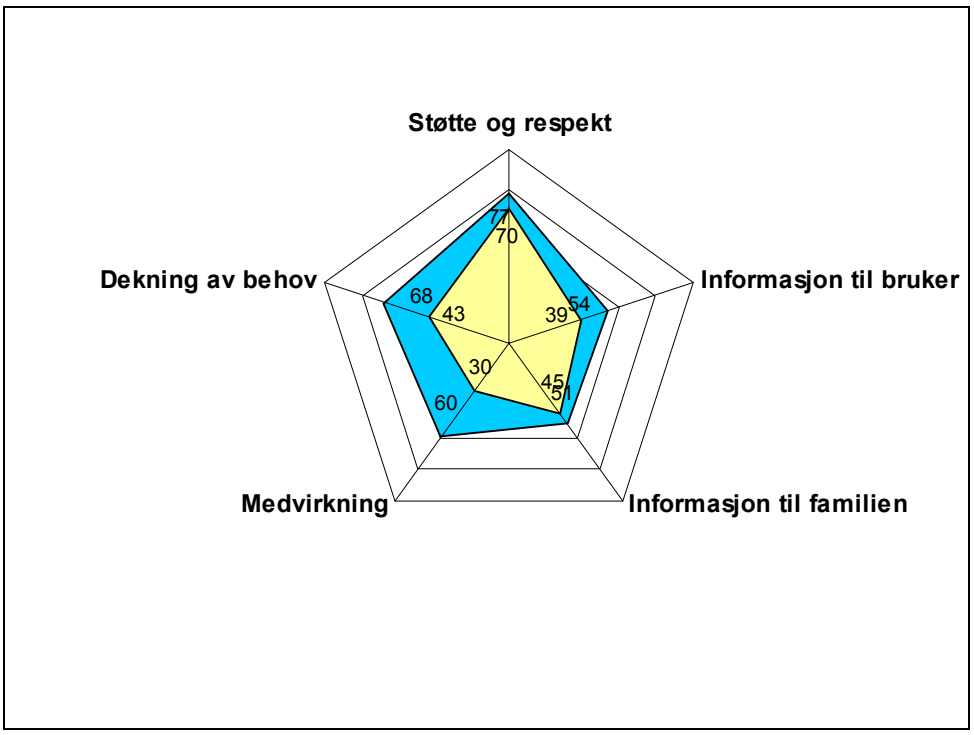
*Tabell 4 Antall udekkede behov for tiltak etter 2 måneder og 10 måneders oppfølging.*

| **Livsområder** | **Etter 2 mndr** | **Etter 10 mndr** | **Prosent reduksjon** |
|---|---|---|---|
| *Sosial kontakt, familie, transport* | 1.47 | 1.47 | 0% |
| Utdanning, arbeid | 0.84 | 0.72 | 15% |
| Bolig, ADL | 0.63 | 0.53 | 15% |
| Økonomi | 0.31 | 0.31 | 0% |
| Somatisk helse | 0.41 | 0.25 | 38% |
| Psykisk helse,rus | 0.63 | 0.50 | 20% |
| **Sum udekket behov i gj.snitt per bruker** | **4.28** | **3.78** | **12%** |

Det er en beskjeden nedgang i udekkede behov, og nedgangen er mindre enn det vi har sett i andre nettverk (4,5,6). Imidlertid viser registreringen at brukerne oppgir flere nye behov etter 10 måneder som ikke ble registrert etter 2 måneder. Den reelle nedgang i udekkede behov har derfor vært større enn 12%. Om mindre tid til koordineringsarbeid, som ble registrert i dette nettverket i forhold til andre, kan forklare at færre behov har blitt dekket er vanskelig å si. Det som er klart er at brukerne fortsatt har mange udekkede behov. Dette understreker både at dette er en brukergruppe med store behov, og at det tar tid å få dekket behovene. De største udekkede behov er innenfor området sosial kontakt og familie, og dette er behov som vi vet har stor betydning for brukernes livskvalitet. Imidlertid ser vi av brukertilfredshetsmålingene at brukerne er markert mer fornøyd med dekning av behov etter 10 måneder, noe som tyder på at de har fått dekket behov som de selv føler er sentrale.

### 5.1.8 Brukertilfredshet

Det er brukerne som kan si om de er fornøyd med oppfølgingen. Brukerne ble intervjuet og for hvert hovedområde ble de spurt om hendelser de bør ha opplevd dersom oppfølgingen har vært god. På hvert område var det fem spørsmål. Et eksempel på spørsmål om bruker var fornøyd med informasjonen var: Kjenner du navnet på dine medisiner? På hvert spørsmål kunne de svare stemmer, stemmer delvis eller stemmer ikke. Figur 4 viser utvikling av brukertilfredsheten.




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

### Gjennomsnittlig økning av brukertilfredshet fra 45% til 62%

Økning i brukertilfredshet er størst der den var dårligst i starten, og det er i hvilken grad bruker får medvirke i sin egen oppfølging. Brukermedvirkning er sentral i KPA modellen, og dette har slått ut i hvordan brukerne opplever oppfølgingen fra koordinator. Fortsatt gjenstår det en del før vi kan si oss fornøyd, og tilfredsheten bør ligger over 80% på alle akser. Både

manglende programoppfyllelse og behovsdekning forklarer hvorfor brukertilfredsheten vanskelig kan være optimal og bekrefter andre undersøkelser som viser at man kan stole på det brukerne sier. Brukerne er minst fornøyd med informasjon til seg selv og familien og dette er et område som det er viktig å fokusere på i opplæringen av koordinatorer. Tilstrekkelig informasjon til brukere og pårørende er en forutsetning for å delta aktivt i sin egen oppfølging.

### 5.1.9 Åpne kommentarer til kartleggingsprotokollen

Flere av delene i protokollen inneholdt rom for kommentarer fra bruker og koordinator. Det var 9 brukere som hadde kommentarer angående hvor fornøyd de var med å ha fått en koordinator som hadde ansvar for oppfølgingen. Eksempler på dette er:
*"Jeg er svært fornøyd med oppfølgingen fra koordinator, blir godt tatt vare på og ser at det går framover."*
*"Jeg blir respektert for den jeg er og for egne avgjørelser".*
*"Opplever at det er bra å bli tatt kontakt med selv om jeg trekker meg".*
*"Jeg blir hørt og det blir tatt hensyn til mine behov".*

En del brukere sier det er vanskelig å svare på spørsmålene. Eksempler på dette er:
*"Bruker kan ikke svare fordi hun ikke har noen tanker om spørsmålene".*
*"Liker ikke planer. Føler meg mislykket hvis målene ikke nås".*
*"Brukeren føler dette ikke angår henne, da hun for tiden har det bra."*

Mange koordinatorer opplevde at intervjuene ga nyttig informasjon om brukerne og at brukerne selv opplevde det positivt å bli spurt grundig om sin situasjon. Noen brukere ville ikke la seg intervjue og dette må aksepteres. Enkelte koordinatorer løste dette ved å memorere spørsmål og flette det inn i samtaler med brukerne.

## *5.2 Evaluering av veiledningsgruppene*

Koordinatorene fylte ut en skriftlig evaluering av veiledningsgruppene etter 6 og 10 måneder som tilbakemelding til veilederne. Skjemaene fra evalueringen etter 10 måneder ble samlet inn og systematisert av GRUK. Resultatene ble meldt tilbake til hele læringsnettverket på erfaringskonferansene i kommunene. 31 koordinatorer svarte. Spørsmålene var åpne og man kunne angi flere svar. Disse ble kategoriset og bearbeidet av GRUK. Svarene er vist nedenfor.

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

– Å arbeide systematisk (17).
– Å få fram brukernes egne ønsker og behov og tilpasse oppfølgingen etter det (16).
– At arbeid med disse brukerne er tidkrevende (11).
– Å samarbeide på tvers av etater og profesjoner (9).
Utsagn*: "Systematisk oppfølging gir trygghet for begge parter." "Prøver å etterkomme brukers ønsker selv om jeg anser de for umulige (så får en heller godta avslag på søknader)". "At kartlegging tar tid, at ting endrer seg underveis, og at man må være tålmodig." "Det er viktig med faste avtaler. Det gir god framdrift i arbeidet."*

Det er interessant at 16 koordinatorer nevner at det viktigste de har lært er å ta utgangspunkt i brukerens ønsker og behov. Det er jo noe de aller fleste tjenesteytere ville si at de gjorde uansett. Det kan tyde på at når man arbeider etter en modell som har brukers mål og behov i sentrum, blir oppfølgingen mer individ

ualisert og brukerstyrt.

**2. Hva trenger du å lære mer om?**

- KPA-modellen og bruk av den (11)
- Tilpasse og bruke modellen
- Velge strategi
- Lage plan
- Tiltaksnettverket og tverrfaglig arbeid (6)
- Samhandling med bruker (3)
- Kunnskap om psykiatri (3)

Utsagn*: "Hvordan tilpasse metoden til brukere med ulike behov og utgangspunkt." "Lære systematisk bruk av kartleggings- og målsettingsskjemaer." "Hvordan gå fram for å nå de riktige instanser." "Lære å gi tilbakemelding til bruker på oppgaver og mål."*

Dette tyder på at dette er en ny måte å arbeide på for mange koordinatorer, og at det er påkrevet med metodeveiledning for å lære KPA fullt ut. Dette underbygges av svarene på spørsmål 4, der 11 koordinatorer ønsker seg mer kunnskap om KPA-modellen.

Det at 6 koordinatorer ønsker mer kjennskap til tiltaksnettverket og hvordan det kan brukes, underbygger våre erfaringer som viser at selv i små kommuner er der "skott" mellom etatene og liten tradisjon for tverretatlig samarbeide.

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

–Godt/veldig bra klima (25)
–Frustrasjon i begynnelsen (6)
–Mer struktur/framdrift i arbeidet (3)
–Fravær/sykdom har forstyrret (2)

Utsagn*: "Fint miljø hvor temaer har blitt fremlagt og diskutert og hvor vi sammen har kommet fram til brukbare løsninger. Fått inspirasjon til videre arbeid." "Bra klima i gruppen. Noe treghet de første måneder fordi det tok tid før alle koordinatorene var på plass."*

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

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

–Ingen forandringer (9)
–Bedre informasjon/opplæring for koordinatorer i oppstarten (7)
–Dyktiggjøre veilederne bedre (5)
–Bedre koordinatorenes bruk av gruppa (2)
–Ha bedre tid (3)

Utsagn*: "Ønsker arbeidsseminar om metoden i starten av prosjektet." "Bedre klargjøring av hva gruppa skal brukes til i starten." "Bør ryddes tid og rom for dette fra lederne." "Metoden gir rask framdrift og mulighet for å komme nærmere brukeren pga spørsmål som stilles."*

Det kom tydelig fram et ønske om bedre kjennskap til metoden når gruppene startet opp og dette har blitt fulgt opp i nye nettverk der det holdes informasjonsseminar for alle koordinatorer før gruppene starter opp. Opplæringen i KPA-modellen for veilederne kan også blir bedre, da det er få veiledere som har arbeidet slik i sitt eget arbeid.

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

*Tabell 5 Vanskelighetsgrad i å gjennomføre arbeidsprosessen i KPA (n=31)*

| **Faser i KPA-Arbeidet** | **Lett** | **Middels vanskelig** | **Vanskelig** | **Ikke ut-ført** | **Ube-svart** |
|---|---|---|---|---|---|
| Avklare rolle og ansvar som koordinator | 13 | 14 | 4 | 0 | 0 |
| Utvikle relasjon til brukeren | 19 | 9 | 3 | 0 | 0 |
| Utvikle relasjon til nettverket | 10 | 17 | 1 | 1 | 2 |
| Kartlegge brukers situasjon | 14 | 13 | 4 | 0 | 0 |
| Kartlegge mål og behov | 9 | 11 | 10 | 0 | 1 |
| Velge strategi og lage plan for oppfølgingen | 4 | 17 | 5 | 4 | 1 |
| Koordinere tiltak | 5 | 15 | 4 | 5 | 2 |
| Vurdere res. og justere planer | 4 | 11 | 3 | 10 | 3 |

Tabellen viser at utvikling av relasjon til bruker vurderes som enklest av trinnene i arbeidsprosessen. Det kan delvis skyldes at mange av koordinatorene kjente brukeren fra før. Å utvikle relasjonen til nettverket var det heller ikke mange som fant vanskelig. Avklaring av rolle og ansvar som koordinator ble det arbeidet systematisk med i alle veiledningsgruppene, og dette ble vektlagt på alle samlinger for veiledere og tilretteleggere. Dette ser ut til å ha gitt resultater idet kun 4 fant dette vanskelig. Forskning fra England viser at en klar rolle- og ansvarsdeling i tjenestenettverket er en nøkkelfaktor for å lykkes med oppfølgingen av brukerne(7).

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

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

Evaluering av oppfølgingen og justering av planene var det mange som ikke hadde utført, og flertallet som hadde kommet så langt i arbeidsprosessen fant dette middels vanskelig eller vanskelig. Dette samsvarer med at programoppfyllelsen for denne delen av arbeidsprosessen er lav. Selve koordineringsarbeidet, det å få på plass tiltak og tjenester brukeren har behov for, var det flere som hadde gjennomført. Det samsvarer med at programoppfyllelsen for denne del av arbeidsprosessen var høyere. Noen koordinatorer hadde ikke startet på denne fasen og det understreker at det kan ta lang tid å få en god allianse til noen brukere og finne ut hvilke ønsker og behov de har. Før dette er gjort vil det være lite hensiktsmessig å iverksette tiltak.

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

Det var også en rubrikk for åpne kommentarer, og her er noen eksempler:
*"Jeg har vokst med oppgaven" (hjelpepleier).*
*"Det er slik vi gjerne vil jobbe - med veiledningen får vi det til" (psyk. Sykepleier).*
*"Prinsippene i KPA ligger i min fagbakgrunn" (vernepleier).*
*"Vi arbeider psykososialt – KPA er kjent for oss" (sosialarbeider).*
*"Helt motsatt av slik hjemmesykepleien vanligvis jobber, men det er nødvendig for disse brukerne" (sykepleier).*

### *5.2 Erfaringer fra veiledere*

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

- De følte at starten i gruppene hadde vært vanskelig og at de kunne trengt mer opplæring i metoden før de startet gruppene. En del følte forventninger til at de skulle kunne metoden godt og være eksperter ift koordinatorene.
- Det hadde vært en del frustrasjon i forhold til utfylling av evalueringsprotokollen og det hadde blitt knapp tid til dette. En del hadde vegring for skjemaer og det var viktig å gå grundig gjennom disse i gruppene før koordinatorene intervjuet brukerne.
- Mange av veilederne hadde ikke veilederkompetanse, og utfordringen for disse var ekstra stor, og de kunne trenge mer oppfølging enn de fikk. Noen etterlyste en erfaren kollega de kunne ha konsultert.
- Veilederne gav klart uttrykk for at det hadde vært en fordel om koordinatorene hadde bedre kjennskap til hva de skulle gjøre før de sa ja til å være koordinator. Dette hadde medført at veilederne måtte bruke tid på å motivere koordinatorene.
- Noen veiledere savnet avklaring av rammer for veilederne ift sine arbeidsgivere. De hadde ønsket seg mer tid til å møtes for før- og etterveiledning, og tid til å sette seg inn i KPA-modellen i starten av arbeidet.

## 6.0 Erfaringer fra kommunene

Erfaringene blir framstilt samlet for de 6 kommunene som var med. Kunnskap om innføringsprosessen i hver kommune og erfaringene med KPA kom gjennom tilretteleggerne i

kommunene og fra erfaringsseminarene og erfaringskonferansene som ble avholdt i hver kommune.

### *6.1 Organisatorisk forankring.*

En viktig oppgave for tilretteleggerne var å sikre støtte fra ledere og mellomledere for prosjektet. De ble oppfordret til å gi skriftlig og muntlig informasjon til lederne, og fikk maler for egnet informasjonsskriv fra GRUK. Aktiviteten hos tilretteleggerne var forskjellig og dette så ut til å ha betydning for forankringsprosessen. I en kommune var det to tilretteleggere og dette sikret kontinuitet og gav tilretteleggeren en person å samarbeide med. Mange av tilretteleggerne var ikke i lederroller og hadde for liten tilgang til ledelsen i sin kommune. Det hadde vært en fordel om det hadde blitt dannet en lokal styringsgruppe i hver kommune av etatsledere. Dette har blitt gjennomført i senere nettverk med godt resultat.

De fleste tilretteleggere var også personlig koordinatorer og deltok i veiledningsgruppen. Dette var en klar fordel, og ble savnet av de tilretteleggerne som ikke var koordinatorer. De som var koordinatorer lærte å kjenne modellen godt, og de så lettere hvilke systemproblemer de andre koordinatorene slet med.

Forankringsprosessen var også avhengig av hvor mange andre prosjekter som var i gang i samme tidsperiode. I en kommune var de i avslutningsfasen av arbeidet med psykiatriplanen, og drev samtidig planlegging av bo-felleskap for personer i målgruppen. De valgte derfor å utsette oppstart av gruppe i to måneder etter de andre kommunene, men fulgte ellers gjennomføringen av prosjektet. Manglende tid til forankringsarbeid førte til at det ikke kom ledere fra andre etater enn psykiatri på erfaringskonferansen, og muligheten for å dele erfaringene fra prosjektet til andre i kommunen ble mindre. I en kommune begynte tilrettelegger på videreutdanning og dette innvirket på hvor mye fokus hun kunne ha på tilretteggingsoppgaver. Også her var det manglende oppmøte fra ledelsen på erfaringskonferansen, og en tverretatlig videreføring vil kreve betydelig innsats etter prosjektets slutt.

Støtte fra ledere og mellomledere var avgjørende for at koordinatorene skulle få legitimitet i kommunen og få nødvendige arbeidsbetingelser for å gjennomfør oppfølgingen. Noen steder manglet dette, og koordinatorene følte at det var vanskelig å få nødvendig tid til arbeidet. To koordinatorer trakk seg fra veiledningsgruppene på grunn av en belastet arbeidssituasjon. I flere kommuner ble det rapportert at ansatte i hjemmesykepleien hadde vanskelig for å prioritere tid til å møte sin bruker regelmessig, og her er støtte fra mellomledere avgjørende.

Ellers opplevde flere kommuner at samarbeidet med psykiatrien var blitt langt bedre, og det ble understreket som viktig at kommunene og psykiatrien var likeverdige parter i prosjektet. Koordinatorer fortalte på erfaringsseminarene at det var lettere å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten på vegne av sin bruker, og at man ble møtt på en annen måte enn før. Tilrettelegger i Lillestrømklinikken fortalte at det var lettere å ta kontakt med kommuner i forhold til brukere som var innlagt og som hadde fått oppnevnt koordinator i kommunen. Utskrivingsprosessen gikk lettere og bruker ble bedre ivaretatt.

### *6.2 Valg av brukere og koordinatorer*

Brukere og koordinatorer ble valgt ut av mellomledere i samarbeid med tilretteleggerne. De fleste kommuner valgte først koordinatorer for å få med deltakere fra forskjellige etater i kommunen. Disse fikk ofte en bruker som de allerede hadde en naturlig kontakt med i kraft av sin fagjobb. De fleste koordinatorer hadde derfor fagspesifikke roller og oppgaver overfor

brukeren i tillegg til koordinatorrollen. Det var sjelden problematisk En koordinator, som arbeidet i barnevern, var koordinator for mor og saksbehandler for barna. Hun trengte tid og hjelp fra bruker for å bli klar i forhold til hvilken rolle hun var i når hun samtalte med mor (se side 20).

Gruppene hadde fra 5-8 medlemmer, og i den minste gruppen gav både koordinatorer og veiledere uttrykk for at de hadde ønsket å være flere. Det ble lagt stor vekt på tverrfaglighet i gruppene for å sikre et best mulig læringsmiljø, og samtidig sikre tverretatlig samarbeid og gjensidig informasjonsutveksling. En gruppe som mistet sin deltager fra sosialkontoret, gav uttrykk for at dette ble savnet i gruppen etterpå.

For å skape en felles arbeidsprosess i kommunene for brukere som trenger individuell plan, hadde det vært en stor fordel om alle etater som følger opp denne brukergruppen hadde deltatt i opplæringen.

Alle kommunene valgte som målgruppe personer over 18 år med psykisk lidelse, men en kommune valgte å ha med en bruker som var innlagt på sykehjem med demens (se side 21).

En gruppe hadde veiledere både fra Lillestrømklinikken og sentralsykehuset (A-hus) og dette var gruppen svært fornøyd med. I oppsummeringen ble det etterlyst sterkere deltagelse fra sentralsykehuset, og nødvendigheten av å trekke dem med i tenkningen og arbeidsmåten som kommunene og DPS nå lærte.

### *6.3 Opplæring av koordinatorer*

Koordinatorene hadde ønsket at KPA modellen hadde blitt grundigere gjennomgått i starten av gruppa. I nye nettverk har vi nå lagt inn et dagsseminar for koordinatorer sammen med veilederne for å gi dem en felles samlet innføring i hovedtrekkene i modellen.

Koordinatorene gav uttrykk for at de kunne hatt lenger tid i prosjektet for å fullføre oppfølgingen etter arbeidsmodellen. Gruppene ønsket å fortsette arbeidet etter prosjektets slutt. Videre var det en del frustrasjon over alle skjemaene som skulle fylles ut. En grundigere informasjon om hensikten og nytten ved dem, ville gjort situasjonen lettere.

### *6.4 Tilretteleggers rolle*

I fire kommuner deltok tilrettelegger på veiledningsmøtene, og var koordinator for egen bruker. I to kommuner var tilrettelegger innom gruppene noen ganger som observatør. Kontakten til koordinatorene i disse gruppene ble dårligere, og dette ble fremhevet som et savn fra både koordinatorer og veiledere. De trengte denne kontakten for å kunne ta opp systemproblemer som oppsto i løpet av prosjektperioden, så som manglende støtte fra ledelsen overfor koordinatorer og manglende oppmøte i veiledningsgruppene.

Tilretteleggers rolle er avgjørende for å lykkes i arbeidet. En tilrettelegger sluttet i stillingen sin etter 4 måneder. Det lyktes å skaffe ny tilrettelegger som også ble koordinator. Hun fikk anledning til å være med på en oppstartkonferanse i et annet nettverk som en innføring i modellen. Dette byttet skapte ikke problemer.

### *6.5 Videreføring av KPA*

Erfaringene i alle kommunene var gode og de ønsket å videreføre modellen. De så på KPA som et verktøy for å gjennomføre oppfølging av brukere i tråd med forskrift og veileder for individuell plan. Flere kommuner gav uttrykk for at de ville bruke erfaringene fra prosjektet i

arbeidet med å finne en felles mal for oppfølging av alle brukere med sammensatte tjenestebehov.

## 7.0 Erfaringer fra koordinatorer og brukere

På erfaringskonferansene i kommunene deltok brukere og koordinatorer og fortalte om sine erfaringer. Noen av disse gjengis summarisk og samlet for kommunene av hensyn til personvernet.

Koordinator (psykiatrisk hjelpepleier med 20 års erfaring fra psykiatrien) som arbeider ved dagsenteret i kommunen: *"Har vært koordinator for en bruker som har vært 4 år på institusjon og som skulle tilbakeføres til kommunen. I løpet av året har hun flyttet ut i egen leilighet, men har regelmessig telefonisk kontakt med avdelingen og kan komme og overnatte der, dersom det blir vanskelig å være hjemme. Dette har hittil ikke vært nødvendig. Hun har fått hjemmesykepleie, og hjemmehjelp men denne sier hun nå at hun ikke trenger. Har fått støttekontakt og dette fungerer bra. Er på dagsenter 1-2 gg i uken og jeg har kontakt med henne hver uke. Har barna hos seg nå annenhver helg, lager mat og ordner opp. Reiser i sommer på ferie med barna.*
*Hun selv er veldig fornøyd selv - sier det er godt å komme hjem – og se at hun mestrer ting."*

*"Min rolle som koordinator er annerledes enn tidligere da jeg arbeidet i avdeling. Nå er jeg mer selvstendig og blir mer synlig på godt og vondt. Tidligere var det lettere å lene seg på andre kollegaer og gjemme seg litt bak dem. Ansvaret ble mer pulverisert. Jeg får erfaring med å ta kontakt med andre yrkesgrupper, og sette brukers ønsker og mine ideer ut i livet. Jeg må tørre å stole mer på meg selv og stå for det jeg gjør."*

*"KPA er en fin metode å jobbe etter i forhold til min bruker som skulle utskrives. Det ble en tryggere og mer forutsigbar utskrivelse. Jeg følte frustrasjon i begynnelsen fordi jeg ikke visste hvordan jeg skulle begynne. Fikk hjelp i veiledningsgruppen, og fikk satt av tid av min sjef til å møte bruker regelmessig på institusjonen. Har opplevd veiledningsgruppen som en stor hjelp, og deltakerne har lært av hverandre. Etter hvert fulgte jeg bruker på permisjon til egen leilighet og fulgte henne hyppig etter hun flyttet hjem. Hun har sagt at det var viktig for henne å vite at jeg var i kommunen og ville være der når hun kom hjem. Det gav en mykere overgang når hun kjente meg fra før. For å lykkes med dette arbeidet er det avgjørende at det blir satt av tid, slik at man ikke går med dårlig samvittighet. Det går nødvendigvis utover det andre arbeidet mitt, men mye flettes jo i hverandre, og jeg ser på det som kompetanseheving. Jeg har opplevd at det har blitt lavere terskel for å ta en telefon til andre i nettverket når man kjenner ansiktet på den man ringer til."*

Koordinator fra barnevern som var koordinator for mor med psykiske problemer. Hun var barnevernskonsulent overfor barna til mor:
*"Det var krevende å inneha begge roller. På den ene siden skulle jeg støtte og motivere mor og ha henne i fokus, På den annen side skulle jeg som saksbehandler for barna kontrollere mor og ha barna i fokus – satt på spissen kunne jeg flytte barna fra henne. Etter en stund oppdaget jeg at jeg hadde mistet fokus på barnet og at det var mor som opptok meg. Da jeg ble bevisst på dette laget vi to forskjellige møter. Ett hvor jeg var barnevernstjenesten og ett hvor jeg var koordinator. Man må være bevisst og velge bruker med omhu hvis dette skal gå. Det er jo også hjelp til barnet, det at mor får hjelp."*
*"Jeg har arbeidet på samme måte tidligere, prøvd å se helheten, men det har ikke vært så deltaljert og heller ikke med en skriftlig plan."*

Mor deltok på erfaringskonferansen og sa at hun var fornøyd med at det var samme person som ivaretok begge roller. Hun sa at hun merket at koordinator rotet med rollene sine og påpekte det overfor henne. Sa det var godt å ha en person hun ble trygg på og som fulgte henne. Synes det har vært et trygt system å ha en koordinator og håper det fortsetter.

En hjelpepleier og en omsorgsarbeider på sykehjem delte på koordinatorrollen overfor en bruker med senil demens som fikk en del tjenestetilbud som skulle koordineres. De opplevde at KPA - metoden førte til at de ansatte etter hvert sluttet å se på bruker som en "senil dement", men så han som et helt menneske. Ved å prøve å få fram hans ressurser og ønsker endret han seg og begynte å gjøre ting han før ikke hatt gjort, så som å lage julekort til sønnen. Koordinatorene opplevde at KPA representerte en annen metode og annen kultur enn den som var rådende på sykehjemmet. I løpet av året koordinatorene deltok i veiledningsgruppa fikk de støtte på sitt arbeid og opplevde at det hadde påvirket hele tenkningen og atmosfæren på senil dement avdelingen.

Koordinator for ung mann med schizofreni, som bodde hjemme hos foreldrene, og kun satt og så på TV. Gjennom regelmessig kontakt med bruker og pårørende kom de fram til brukerens mål, som også de pårørende syntes var okey. Foreldrene har kunnet lene seg mer tilbake og har overlatt ansvar til bruker og koordinator. Det har skjedd store forandringer med han i dette året og han går nå ut, og går selv på butikken og ordner mange ting i livet sitt. Koordinator mener at regelmessige møter har gitt bruker en opplevelse av å føle seg verdifull. Noen har spurt han hva han er interessert i.

Koordinator som var aktivitør sier: *" Å delta i veiledningsgruppa på tvers er bra. Mye lettere å ta kontakt med andre nå. Har tidligere jobbet isolert. Har lært meg å se brukeren mer - og godta begrensninger. Har også lært hvordan spesialisthelsetjenesten jobber. Har lært hva det vil si å være koordinator. Har blitt flinkere til å koble inn andre og til ikke å ha kontrollen. Er også primærkontakt, og forstår nå at koordinator skal sørge for at brukeren blir sett, får tilbud som koordinator skal legge til rette for, og være en trygg person som følger opp brukeren."*

## 8.0 Erfaringer fra veiledere fra psykiatrien

**Veileder:**

*"La i starten vekt på å bli godt kjent i gruppen (bakgrunn, interesser, sterke og svake sider). Deretter en runde med begreps- og rolleavklaring for å skape en felles forståelse av hva vi skulle i gang med. Dette gav en trygg og god atmosfære. Alle positive til KPA i utgangspunktet og ivrige på å lære.*

*Gjorde det klart at veiledningen bygget på erfaringslæring og tonet ned egen prestasjonsangst. Fant at det var mye og bred kompetanse i den tverrfaglige gruppen. Vi går sammen om å løse en oppgave, utformer forslag til løsning, den prøves ut og så vurderer vi resultatet. Refleksjon øker kompetansen i gruppa.*

*Det som kjennetegnet denne form for veiledning var at den hadde større fokus på bruker. Videre at vi som veiledere skulle lære oss metoden selv parallelt med koordinator. Videre at GRUK pustet oss i nakken med tidsfrister for innlevering av protokoller.*

*Dersom jeg skulle fortsette som veileder, skulle jeg sikret meg at alle hadde en grunnleggende kunnskap om KPA før vi startet veiledingen. Jeg ville også gått grundigere gjennom alle arbeidsarkene som kan benyttes på de ulike trinnene i arbeidsprosessen.*

*Det jeg har lært som veileder er bedre kjennskap til tjenestetilbudet i kommunen. Videre har jeg opplevd det nyttig å møte de andre på erfaringsseminarer. Jeg har lært at ingen mål er for store eller urealistiske, de kan alltid brytes ned til realistiske delmål. Videre at mine mål for pasienten ikke har noen verdi om de ikke deles av pasienten selv.*
*Oppgaven har vært faglig utfordrende da jeg ikke har formell veilederutdanning.*

*Nytten av veiledningsgruppen har jeg opplevd ligger i at den gir opplæring i en god metode for å kvalitetssikre arbeidet; nyttig i forbindelse med individuelle planer; lærer å arbeide mer systematisk og tverrfaglig.*
*Det var stort behov for å møtes og drøfte aktuelle problemstillinger og til tider vanskelig å styre gruppen inn på KPA.*
*Det var vanskelig med kontinuitet pga mye fravær og dette førte til mye improvisering.*
*Det var for lite tid til samkjøring/planlegging og evaluering av veiledningen for oss veiledere.*

*Jeg arbeider i psykoseteamet og i perioder har KPA veiledning blitt nedprioritert pga akutte situasjoner som har oppstått med mine pasienter. Det har aldri vært noe problem for meg å kunne bruke tid på dette i forhold til mine kolleger."*

**To veiledere fra en gruppe** la fram sine erfaringer og knyttet disse til fasene i arbeidsprosessen i KPA:

**Fase 1. Starte samarbeidet mellom 1. og 2. linjen og forankring av arbeidet i kommunen.**
*"Det er viktig med en klar samarbeidsavtale for koordineringsarbeidet som også omfatter nettverket. Arbeidet må prioriteres og det er viktig med tydelig og synlig ledelse av arbeidet. Vi hadde forventet et mer synlig samarbeid med tilrettelegger. Har opplevd at koordinatorene har manglet oppmuntring fra sine ledere, og forankring av rollen som koordinator. Det har vært vanskelig for noen koordinatorer å få aksept for sitt arbeid på arbeidsplassen og tid til veiledning og KPA arbeidet. "*

**Fase 2. Kartlegge situasjon og ressurser i kommunen.**
*"Kommunene er pålagt å utarbeide individuelle planer, og det er viktig for kommunen å beslutte hvem som skal ha det og hvordan det skal skje. Har opplevd at det har blitt et positivt samarbeid på tvers av nivåene gjennom kartleggingen. KPA gir grunnlag for en strukturert programbasert veiledning.*
*Arbeidet følger en opptegnet veg på brukerens premisser med bruk av forskjellige verktøy (arbeidsark) i problemløsningen. Veiledningen har vært en del av veileders ordinære arbeidsdag."*

**Fase 3. Planlegge KPA arbeidet i kommunen.**
*"Oppstart av gruppene rett før sommeren var uheldig da det ble ny oppstart etter sommeren og ekstra stress i forhold til innlevering av første evalueringsprotokoll. Få koordinatorer og brukere var klare ved start av prosjektet og få koordinatorer var med på startkonferansen i kommunen. Koordinatorene hadde lite informasjon om KPA før gruppene startet. Senere har en koordinator undervist om KPA på egen arbeidsplass og dette har vært positivt. Viktig å planlegge veiledningsgruppene godt og ha gode møteplasser og klare tidspunkt. Viktig å gi seg tid til å bli godt kjent i gruppa."*

**Fase 4. Koordineringsarbeidet.**
*"Koordinator må ta opp problemer med koordineringen med ansvarlig leder.*
*Positivt med tverrfaglig gruppe og deltagerne har gitt innspill til de andre fra eget fagområde.*
*KPA skjemaene har vært nyttige men må brukes målrettet. 1-2 koordinatorer har lagt fram sin bruker hver gang og veilederne har vist til KPA prosessen og anbefalt de ulike arbeidsarkene. KPA kan gi en strukturert og helhetlig plan. Koordinatorene har drevet hverandre framover i prosessen gjennom gruppesamlingene- med innspill og tips, og det har vært viktig å møtes. Gruppa fungerte best det første halve året, mer ustabilt frammøte etter jul."*

**Fase 5 Evaluere arbeidet i kommunen.**
*"Det har vært viktig med avtalte og regelmessige evalueringsmøter, og viktig å kartlegge brukertilfredshet. Alle har opplevd at ting tar tid! Året har gått fort og vi forlater en uferdig prosess. Er 1 år lang nok tid for et slikt prosjekt? Koordinatorer er på forskjellig sted i forhold til sin bruker. Ingen ferdig plan foreligger enda.*
*Vi opplever at vårt samarbeid som veiledere har vært godt, og det har vært fint å være to. "*

**Konklusjon:** ***"Vi tror på KPA . Det er en god kvalitetssikring av våre tjenester."***

## 9.0 Erfaringer fra tilretteleggere

**Kommunal tilrettelegger:**
*"Jobben har vært å tilrettelegge for en prosess. Det handlet om å innføre en ny arbeidsmetode og koordinatorene kom fra forskjellige avdelinger med 7 forskjellige ledere. Det hadde vært en fordel med en tydeligere organisering av prosjektet i kommunen. Har opplevd at det har vært en del motstand i systemet blant annet fra medarbeidere som ikke selv var med, men tror at en del av motstanden lå hos koordinatorene selv til å gjøre dette arbeidet.*
*Som tilrettelegger ser jeg i ettertid at jeg skulle brukt mer tid på informasjon i sin organisasjon, spesielt i starten av prosjektet og mer tid til å følge opp gruppene når de var i gang. Har ikke vært koordinator og derfor ikke vært med i gruppene."*

**Kommunal tilrettelegger:**
"Var ikke med på oppstarten i KPA og kom inn fordi tilrettelegger sluttet. Da jeg overtok halvveis i prosjektet gikk jeg også inn som koordinator. Veiledningsgruppen gikk gjennom en utviklingsprosess hvor alle koordinatorer kjente på en viss frustrasjon blant annet i forhold til organiseringen av prosjektet (forene teori og praksis – alt fokus rundt utfylling av evalueringsprotokoller). Min rolle ble å formidle dette til de ansvarlige og oppmuntre gruppa til å gå videre.

*Erfaringskonferansene har vært lærerike. Det å bli kjent med tilretteleggere fra andre kommuner, og dele erfaringer har vært både lærerikt og interessant.*

*Som koordinator og tilrettelegger har jeg blitt kjent med metoden og vært en del av utviklingsprosessen i forhold til det tverrfaglige samarbeidet. Min erfaring er at KPA er et prosessverktøy for å følge opp brukere i tråd med forskrift om individuelle planer. Det er en metode som sikrer samordning og kontinuitet av tjenester til brukerne og sikrer kvalitet på tjenestene gjennom å måle blant annet fremgang i arbeidet.*

*Vi fikk en ny veileder halvveis i prosjektet men dette var positivt og gav ny inspirasjon. Tre koordinatorer har sluttet og en har kommet til. Det er avsluttet avtaler med brukere og nye brukere har kommet til.*

*Metoden er godt forankret i ledelsen og jeg har ikke mottatt noen negative signaler fra ledelsen om tiden koordinatorene har brukt på dette arbeidet.*

*Er dette en fremtidig metode for Sørum? KPA er grundig – men for tidkrevende. Men en forenklet form av KPA vil være god ved utarbeidelse av individuelle planer. Veiledningsgruppa danner en tverrfaglig arena, og vil kunne fungere som et erfarings- og læringsnettverk for koordinatorene i fremtiden. Derfor ser jeg at KPA som metode – med regelmessige samlinger i veiledningsgrupper – vil sikre arbeidet med mennesker med alvorlige og sammensatte problemer og vil være godt forankret i kommunen. Jeg tror det vil bli nødvendig med ytterligere opplæring av flere ansatte og ny avtale med veiledere fra spesialisthelsetjenesten."*

**Tilrettelegger fra 2. linjen**:
*"Dette har vært et mer arbeidskrevende enn jeg hadde tenkt, men jeg så tidlig at det var nyttig. Det var lettere for DPS å ta kontakt med kommunene angående utskriving av pasienter når de hadde en koordinator i kommunen. Så også stor verdi i det uformelle nettverket som var blitt dannet på Nedre Romerike gjennom prosjektet, og så at de som hadde vært med fra DPS hadde lært mye om situasjonen for medarbeidere og brukere ute i kommunene. Ønsker at dette skal fortsette."*

## 10.0 Konklusjon og anbefalinger

Innføring av KPA modellen i 6 kommuner på nedre Romerike er gjennomført etter planen. Erfaringer fra alle kommunene og psykiatrien er positive. Psykiatrien har vedtatt å fortsette å gi veiledning i modellen ut fra kommunenes behov, og de fleste kommuner har allerede sagt at de ønsker å videreføre modellen. Lillestrømklinikken etablerer nå en rehabiliteringspoliklinikk som vil ha ansvaret for det videre KPA arbeidet.

Evaluering av prosjektet viser at brukerne får et bedret tjenestetilbud og får dekket flere av sine behov. Deres tilfredshet med oppfølgingen øker og på erfaringsseminarene kom det fram sterke meddelelser fra brukere, koordinatorer, veiledere og tilretteleggere om betydningen av det arbeidet som er gjort.

Medarbeiderne har økt sin oppfyllelse av programmet i prosjektperioden, men det gjenstår en del før alle har fullført oppfølgingen i tråd med KPA modellen. Det er særlig utarbeidelsen av skriftlig målsetting for brukeren, og ferdigstillelsen av skriftlige planer som bruker og tiltaksnettverk får kopi av, som gjenstår. Mange koordinatorer bekrefter at god oppfølging av denne brukergruppen tar tid, og at man ikke kan gå fortere enn det brukeren klarer. Medarbeiderne opplever modellen som en god støtte i sitt arbeid, men det gjenstår fortsatt en del arbeid i kommunene og psykiatrien før full legitimitet for koordinatorer er oppnådd og de har fått den støtte de trenger i egen organisasjon for å utføre arbeidet. Koordinatorene uttrykker betydningen av veiledning fra 2.linjen og vurderer dette som helt nødvendig for å lykkes i denne type arbeid.

Veilederne var ukjent med arbeidsmodellen og med metodeveiledning, men har gjennomført veiledningen på en god måte. Evaluering av veiledningen viser at koordinatorene er svært fornøyd og de ønsker at den skal være enda mer rettet mot KPA modellen.

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

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

Lederne som var tilstede på oppstart- og erfaringskonferanser, uttrykte varierende støtte til prosjektet. Denne støtten er avgjørende om man skal lykkes i videreføringen. Kvalitet på de tjenestene som brukerne mottar er et lederansvar og der hvor dette utøves, inspireres medarbeidere til å yte sitt beste. Det blir også viktig for lederne å avklare hvordan sentralsykehusavdelinger skal forholde seg i forhold til KPA og hvordan det arbeid som skjer inne på avdelingene kan samordnes med den oppfølging brukerne får ute i kommune. I andre områder der KPA er prøvd ut i kommuner og DPS, følges dette opp med prosjekter der sentralsykehusnivået trekkes inn. Ut fra forskrift om individuelle planer er det avgjørende at hele nettverket utvikler felles verktøy for å følge opp brukerne ut fra deres mål og behov.

Vi fra GRUK har opplevd det som et privilegium å få delta i dette prosjektet, og har hatt stort læringsutbytte av å møte alle de engasjerte menneskene som har gjort dette prosjektet mulig. Det har gitt oss økt tro på at dette arbeidet er et viktig arbeid, og at det kan være et svar på hvordan forskrift og veileder om individuelle planer kan virkeliggjøres for brukerne.

## Referanser

1. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Statens helsetilsyn, Oslo, 2000
2. Personlig ombud for psykisk funkionshindrade personer. Stockholm; Socialstyrelsen, Psykiatrioppføljingen 1999:3
3. Schøn DA. Educating the reflective practitioner; towards a new design for teching and learing in the professions. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
4. Pedersen OB, Fiskum H, Howatson H, Evenstad AM, Vibe MF de. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser: Opplæring i kommunebaserte tjenester. Dialog 1998;3:14-20
5. Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra 8 kommuner og lokalpsykiatrien i Indre Østfold. GRUK 2001. www.gruk.no
6. Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Folloklinikken og 7 tilhørende kommuner. GRUK 2001. www.gruk.no
7. Onyett S. Making community mental health teams work. London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 1995

## Vedlegg

1. Kartleggingsprotokoll for personlige koordinatorer
2. Evalueringsskjema for veiledningsgrupper

# EVALUERINGSPROTOKOLL FOR KPA (KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID)

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

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

En slik oversikt kan gi svar på flere spørsmål:

1. Hvor står personlig koordinator i sitt arbeid med brukeren?
2. Hvor har koordinator størst behov for veiledning?
3. Er det mangler i tiltaksnettverket rundt brukeren som bør meldes til ansvarlig ledelse?
4. Hvordan er brukerens funksjonsnivå og problembelastning?

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

**Innholdet i protokollen**
Protokollen består av syv deler:

1. Opplysninger om personlig koordinator og bruker (fylles ut av koordinator)
2. Brukerens behov for tiltak (fylles ut gjennom intervju med brukeren)
3. Brukerens behov for informasjon (fylles ut gjennom intervju med brukeren)
4. Brukerens erfaringer med oppfølgingen (fylles ut gjennom intervju med brukeren)
5. Sjekkliste for arbeidsgangen i oppfølgingen (fylles ut av koordinator)
6. Brukerens praktiske og sosiale ferdigheter (fylles ut av koordinator)
7. Brukerens problembelastning (fylles ut av koordinator)

**Utfylling i starten av veiledningen (Del 1-5 i protokollen)**
Protokollen bør brukes i forhold til nye brukere for å sikre at veiledningen blir mest mulig tilpasset deres målsettinger og behov. Kartleggingen kan gjennomføres når bruker og koordinator er blitt kjent med hverandre. Dette bør skje innen 8 uker fra oppstart av veiledningsgruppen.

**Senere utfylling (Del 1-7 i protokollen)**
Utfyllingen bør gjentas etter ½ - 1 år for å vurdere hva som er oppnådd og hva som gjenstår i arbeidet med brukeren. Personlig koordinator vil på dette tidspunktet som regel kjenne brukeren så godt at han eller hun har grunnlag for å fylle ut Del 6 og 7 i protokollen.

**Hvem skal bruke informasjonen i protokollen?**
Protokollen gir personlig koordinator en oversikt over hva som er gjort og hva som gjenstår i arbeidet med brukeren. Denne oversikten kan med fordel legges fram i veiledningsgruppen.

Ellers vil data fra evalueringsprotokollene bli presentert på kommunens konferanse om erfaringene med KPA. Denne konferansen holdes ca. ett år etter oppstart av veiledningen. Veilederne skal samle inn dataene på en slik måte at ingen kan tilbakeføre opplysninger til den enkelte bruker eller personlige koordinator.

**Oppbevaring av protokollen**
Utfylte protokoller skal oppbevares i den journalen som personlig koordinator fører i sitt arbeid for brukeren.

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

*FYLLES UT AV KOORDINATOR*

Dato:

## OPPLYSNINGER OM PERSONLIG KOORDINATOR

1. Koordinators navn

.....

2. Koordinators stilling og utdanning:

.....

.....

3. Når fikk koordinator ansvaret for oppfølgingen?

.....

4. Hvor ofte har koordinator avtale med brukeren?

.....

5. Hvor lenge varer møtene med brukeren?

Gjennomsnittlig ☐☐☐ minutter pr. gang

6. Hvor mye tid går med til arbeid utenom disse møtene? (som telefoner, skrivearbeid, kontakt med andre etater)

Gjennomsnittlig ☐☐☐ minutter pr. uke

## OPPLYSNINGER OM BRUKEREN

1.Brukerens kjønn og alder:

.....

2. Bosituasjon:

.....

3. Utdanning og yrke:

.....

4. Hvor lenge har brukeren fungert adekvat i jobb eller utdanning etter fylte 15 år? ☐☐ år

5. Arbeidssituasjon:

.....

6. Sykdomsdebut (første sikre tegn) ☐☐ år siden

7. Hvem har stilt diagnosen(e), og når:

.....

8. Diagnose(r):

.....

.....

9. Somatiske sykdommer eller problemer:

.....

.....

.....

10. Navn og dosering på brukerens medikamenter:

.....

.....

11. Under tvungent ettervern? ☐ Ja ☐ Nei

12. Behandling og oppfølging siste året:

.....

.....

.....

## OPPLYSNINGER OM BRUKERENS TILTAKSNETTVERK

1. Brukerens kontakter i kommunale tjenester: (Lege, hjemmesykepleier, sosialarbeider, støttekontakt, dagtilbud m.v.)

.....

.....

.....

2. Brukerens kontakter i spesialisthelsetjenesten: (Terapeut, dagtilbud m.v.)

.....

.....

3. Medlemmer av eventuell ansvarsgruppe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## DEL 2. BRUKERENS VURDERING AV BEHOV FOR TILTAK

FYLLES UT PÅ GRUNNLAG AV INTERVJU MED BRUKEREN

Intervjuet kan introduseres til brukeren på denne måten: **"Dette intervjuet handler om forhold som har stor betydning for alle som får hjelp for psykiske problemer. For å kunne gjøre tilbudet ditt så godt som mulig, trenger jeg å høre om dine erfaringer med den oppfølgingen du har fått. Først har jeg noen spørsmål om du får dekket dine behov for hjelp".**

Dato:

| **Område** | **Hvilke tiltak får du på dette området?** | **Hvilke tiltak mangler du på dette området?** |
|---|---|---|
| **Sosial kontakt:** Støttekontakt, trening av sosiale ferdigheter? | | |
| **Utdanning:** Søke på utdanning, oppfølging av skolegang? | | |
| **Arbeid:** Ordinært eller vernet arbeid, arbeidstrening? | | |
| **Fritid:** Utvikle interesser, finne miljøer, få støtte i å delta i fritidstilbud? | | |
| **Bolig:** Behov for utbedring, ny bolig? | | |
| **Personlig stell, matlaging, husarbeid:** Praktisk hjelp, opplæring? | | |
| **Kommunikasjon:** Behov for telefon, transport? | | |
| **Økonomi:** Hjelp til økonomistyring, sikring av trygderettigheter? | | |
| **Kroppslig helse:** Legeundersøkelse, tann-pleie, hjemmesykepleie, behandling i sykehus? | | |
| **Psykisk helse, tilbud fra førstelinjen:** Psykiatrisk sykepleie, dagsenter, bokollektiv, sykehjem? | | |
| **Psykisk helse, tilbud fra andrelinjen:** Vurdering ved spesialist, samtalebehandling, opp-hold i sykehus eller DPS? | | |
| **Rusproblemer:** Behandling i poliklinikk eller institusjon, støtteopplegg med urinprøvekontroll? | | |
| **Familietilbud:** Avlasting, rådgivning, informasjon, pårørende-gruppe, hjelp med omsorg for egne barn? | | |

**DEL 3. BRUKERENS BEHOV FOR INFORMASJON**
**FYLLES UT PÅ GRUNNLAG AV INTERVJU MED BRUKEREN**

Som innledning til denne delen av intervjuet kan koordinator si**: «Her er noen spørsmål om den informasjonen du har fått om dine problemer, og om du er fornøyd med den».**

Dato:

**1. Hva har du fått vite om dine psykiske problemer (årsaker, forløp, behandling)?**

.....

.....

.....

**2. Har du fått noen diagnose? I tilfelle, hva er den?**

.....

**3. Tar du medisiner? Hva er navnet på og dosen av medisinene du bruker?**

.....

.....

**4. Hva har du fått vite om medisinene dine (hva de hjelper for, bivirkninger)?**

.....

.....

5. Ønsker du å vite mer om årsakene til problemene dine, eller om de medisinene du bruker? Hva vil du i så fall vite?

.....

.....

**6. Er det noe annet du ønsker å bli informert om?**

.....

.....

.....

.....

## DEL 4. BRUKERENS ERFARINGER MED TJENESTETILBUDET
## FYLLES UT PÅ GRUNNLAG AV INTERVJU MED BRUKEREN

Denne delen handler om forhold som man erfaringsmessig vet bør være oppfylt for at brukerne skal være tilfreds med tilbudet. Forholdene dreier seg dels om hvordan brukeren blir møtt i tjeneste-tilbudet, dels om hvordan oppfølgingen blir gjennomført. Intervjuet kan introduseres til brukeren på denne måten: **«Jeg skal lese opp noen eksempler på hva man kan oppleve når man har kontakt med helse- og sosialtjenesten. For hvert eksempel kommer jeg til å spørre deg om det stemmer med din egen erfaring, eller om det ikke gjør det».**

Dato:

**A: Støtte og respekt fra hjelperne i brukerens tjenestetilbud**

Definer "hjelperne" som de personene brukeren har kontakt med i sitt tiltaksnettverk, som for eksempel, primærlege, sosialarbeider, hjemmesykepleier eller sykehuspersonale.

| | |
|---|---|
| 1.Hjelperne mine er høflige og interesserte når jeg møter dem | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 2. Hjelperne mine respekterer hva jeg mener | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 3. Hjelperne mine samarbeider godt med hverandre om min oppfølging | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 4. Jeg opplever at beslutninger om min oppfølging blir tatt over hodet på meg | ☐ **2.Stemmer ikke**<br>☐ **1.Stemmer delvis**<br>☐ **0.Stemmer** |
| 5. Jeg kan snakke med hjelperne mine om personlige bekymringer | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

**B: Informasjon til brukeren**

| | |
|---|---|
| 1. Jeg har blitt spurt om hva jeg ønsker å vite om mine psykiske problemer | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 2. Jeg har fått forståelig informasjon om årsakene til mine psykiske problemer | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 3. Jeg har fått forståelig informasjon om mine framtidsutsikter, med de problemene jeg har | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 4. Jeg har fått så mye informasjon som jeg ønsker | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 5. Det hender at jeg får motstridende informasjon | ☐ **2.Stemmer ikke**<br>☐ **1.Stemmer delvis**<br>☐ **0.Stemmer** |

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

**C: Informasjon til familien**

Disse spørsmålene utelates fra intervjuet dersom brukeren ikke har pårørende eller andre nære personer, eller ikke ønsker at de skal informeres.

| | |
|---|---|
| 1. Jeg har blitt spurt om jeg ønsker at mine nærmeste pårørende skal få informasjon om mine problemer | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 2. Mine pårørende har fått informasjon om planene for min oppfølging | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 3. Mine pårørende har fått informasjon om årsakene til mine problemer | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 4. Mine pårørende har fått informasjon om hva som kan forebygge at jeg får problemene tilbake | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 5. Mine pårørende er fornøyde med den informasjonen de har fått | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

**D: Medvirkning i egen oppfølging**

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

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

**E: Dekning av opplevde behov**

| | |
|---|---|
| 1. Jeg får dekket mine behov med hensyn til praktiske områder som matlaging, husarbeid m.v. | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 2. Jeg får dekket mine behov når det gjelder bolig og økonomi | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 3. Jeg får dekket mine behov for utdanning, arbeid eller fritidsaktiviteter | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 4. Jeg får dekket mitt behov for kontakt med andre mennesker | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |
| 5. Jeg får dekket mitt behov for å snakke med noen om mine problemer | ☐ 2.Stemmer<br>☐ 1.Stemmer delvis<br>☐ 0.Stemmer ikke |

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

**Avsluttende spørsmål om oppfølgingen**

Hva er du minst fornøyd med i den oppfølgingen du får?

.....

.....

Hva er du mest fornøyd med?

.....

.....

**Kommentarer fra koordinator om intervjuet:**

.....

.....

.....

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

## DEL 5. SJEKKLISTE FOR ARBEIDSGANGEN I OPPFØLGINGEN

## FYLLES UT AV KOORDINATOR

Sjekklisten er basert på Helsetilsynets handlingsprogram for koordinering av psykososialt arbeid. Den omfatter faktorer som erfaringsmessig bør være oppfylt for at koordineringen skal bli vellykket. Listen kan brukes til å undersøke hvordan den grunnleggende arbeids-prossessen er ivaretatt i forhold til en enkelt bruker. For noen brukere kan det være aktuelt å fravike sjekklisten. Avviket bør da kunne begrunnes.

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

Dato:

| **1. ETABLERE FORHOLDET TIL BRUKEREN OG TILTAKSNETTVERKET** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Opp-nådd | Delvis oppnådd | Ikke oppnådd | Kommentar |
| 1. Koordinator kan følge brukeren over lang tid (minst to år) | | | | |
| 2. Koordinator og bruker har faste avtaler om hvor og når de skal møtes | | | | |
| 3. Navnet til koordinator er kjent for brukeren, familien og faste kontakter i tiltaksnettverket | | | | |
| 4. Det er gjort avtale om hvordan brukeren kan kontakte koordinator mellom avtalene | | | | |
| 5. Brukeren vet at hun/han kan be om å få skifte koordinator | | | | |

| **2. KARTLEGGE BRUKERENS SITUASJON, PERSONLIGE MÅL OG BEHOV FOR TILTAK** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Opp-nådd | Delvis oppnådd | Ikke oppnådd | Kommentar |
| 1. Koordinator har god oversikt over brukerens forhistorie og situasjon på sentrale livsområder* | | | | |
| 2. Koordinator har god oversikt over brukerens egne ressurser og personlige mål | | | | |
| 3. Koordinator har god oversikt over brukerens behov for tiltak på sentrale områder* | | | | |
| 4. Koordinator har god oversikt over brukerens behov for behandlingstiltak | | | | |
| 5. Koordinator har god oversikt over brukerens behov for støtte for å kunne delta i oppfølgingen | | | | |

* Eksempler på sentrale livsområder er: Utdanning og yrke, fritidsinteresser, familieforhold, økonomi, helse eller boligforhold.

| 3. PLANLEGGE OPPFØLGINGEN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Opp-nådd | Delvis oppnådd | Ikke oppnådd | Kommentar |
| 1. Det er utarbeidet en skriftlig strategi for oppfølgingen | | | | |
| 2. Det er utarbeidet en skriftlig plan for oppfølgingen | | | | |
| 3. Det er utarbeidet en skriftlig plan for tiltak ved tegn på kriser | | | | |
| 4. Brukeren har fått gjenpart av planene | | | | |
| 5. Relevante medarbeidere i tiltaksnettverket har fått gjenpart av planene | | | | |

| 4. KOORDINERE PLANLAGTE TILTAK | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Opp-nådd | Delvis oppnådd | Ikke oppnådd | Kommentar |
| 1. Brukeren støttes i å medvirke i de planlagte tiltakene | | | | |
| 2. Koordinator følger med på om tiltakene gjennomføres etter planen | | | | |
| 3. Mangler i tilbudet blir identifisert og forsøkt rettet på | | | | |
| 4. Brukere som trenger det, har en fungerende ansvarsgruppe | | | | |
| 5. Koordinator har kontakt med den aktuelle sengeposten ved eventuell innleggelse i sykehus | | | | |

| 5. EVALUERE RESULTATER OG JUSTERE PLANER | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Opp-nådd | Delvis oppnådd | Ikke oppnådd | Kommentar |
| 1. Koordinator har avtale med brukeren om når evaluering av oppfølgingen skal gjennomføres | | | | |
| 2. Resultatene av oppfølgingen vurderes sammen med brukeren på avtalte tidspunkter | | | | |
| 3. Målsetting og planer gjennomgås sammen med brukeren | | | | |
| 4. Nødvendige endringen i målsetting og planer foretas i samarbeid med brukeren | | | | |
| 5. Koordinator har gjennomført intervjuet om brukerens tilfredshet med oppfølgingen | | | | |

## DEL 6. PRAKTISKE OG SOSIALE FERDIGHETER

## FYLLES UT AV KOORDINATOR

De praktiske og sosiale ferdighetene varierer i stor grad hos brukerne i målgruppen. Ofte kan ferdighetene være relativt gode, selv om symptombelastningen er stor. Det kan også forekomme at brukere med få symptomer har stort behov for opptrening eller praktisk oppfølging.

Dato:

| | |
|---|---|
| **Veiledning:** Du skal skåre det brukeren **gjør**, ikke hva du tror han/hun kan klare. Skåringen skal gjelde brukerens høyeste funksjonsnivå **de siste 3 måneder**. Bruk skalen til høyre og sett et tall foran hver setning. | **Skala for skåring:** Hver setning skåres med skalen nedenfor, som gir sum fra 0 til 10 på hvert område.<br>0 = Stemmer ikke<br>1 = Stemmer delvis eller deler av tiden<br>2 = Stemmer helt eller hele tiden |
| **A: EGEN HELSE** ☐☐ (sum)<br>☐ Har vanlig/rimelig sunn livsførsel<br>☐ Gjør selv avtale med lege, tannlege m.v.<br>☐ Kjøper og oppbevarer medisiner selv<br>☐ Viser egenomsorg ved sykdom<br>☐ Tar medisin selv/ ikke behov for medisin | **F: BRUK AV TRANSPORT** ☐☐(sum)<br>☐ Bruker eget transportmiddel<br>☐ Finner fram på egen hånd under reiser<br>☐ Reiser på ferie til andre steder<br>☐ Bruker offentlig transportmiddel<br>☐ Ordner med skyss når det trengs |
| **B: PERSONLIG HYGIENE** ☐☐ (sum)<br>☐ Har vanlig god personlig hygiene<br>☐ Dusjer/bader uten hjelp eller påminnelse<br>☐ Har rene klær og ser velstelt ut<br>☐ Velger klær og kler seg uten hjelp<br>☐ Hår (og eventuelt skjegg) ser velstelt ut | **G: KONTAKT MED ANDRE** ☐☐ (sum)<br>☐ Kan prate med folk en treffer på gaten<br>☐ Har en eller flere nære/fortrolige venner<br>☐ Besøker andre minst en gang i månenden<br>☐ Har venner utenfor hjelpeapparatet<br>☐ Får besøk minst en gang i måneden |
| **C: MATLAGING** ☐☐ (sum)<br>☐ Lager seg middag selv<br>☐ Har rimelig variert kosthold<br>☐ Lager enkle måltider (brødskiver)<br>☐ Kan følge en oppskrift<br>☐ Kjøper matvarer selv | **H: ATFERD VED SAMTALER** ☐☐ (sum)<br>☐ Snakker tydelig og klart<br>☐ Tar initiativ til samtaler med andre<br>☐ Lytter til andre og svarer på det de sier<br>☐ Fører normale, upåfallende samtaler<br>☐ Kan holde seg til tema og skifte tema |
| **D: EGNE EIENDELER** ☐☐ (sum)<br>☐ Vasker klær/sørger for vasking<br>☐ Kjøper klær uten hjelp<br>☐ Holder leilighet eller rom rent uten hjelp<br>☐ Ødelegger ikke egne eiendeler<br>☐ Passer og tar vare på egne ting | **I: ARBEIDSEVNE** ☐☐ (sum)<br>☐ Kan arbeide rimelig konsentrert<br>☐ Møter til avtalt tid og sted<br>☐ Forstår arbeidsinstrukser rimelig bra<br>☐ Kan arbeide med oppgaver i 3-4 timer<br>☐ Er interessert i å ha noe å gjøre |
| **E: ØKONOMISTYRING** ☐☐ (sum)<br>☐ Holder orden på egen økonomi<br>☐ Mottar selv månedlig lønn eller ytelser<br>☐ Betaler husleie, regninger og mat selv<br>☐ Oppbevarer penger forsvarlig<br>☐ Pengene varer fram til neste utbetaling | **J: FRITIDSAKTIVITETER** ☐☐ (sum)<br>☐ Driver med hobbyer eller egne interesser<br>☐ Går på kino, konserter, tilstelninger m.v.<br>☐ Følger med i nyheter på radio eller TV<br>☐ Leser bøker, blad eller aviser<br>☐ Deltar aktivt i klubb, forening, kirke m.v. |

Tilpasset fra: Rund BR, Ruud T. Måling av funksjonsnivå og funksjonsendring i psykiatrisk behandling. Oslo: Statens helsetilsyn, 1994.

Skårene fra hvert område summeres. SAMLET SKÅR:☐☐

## DEL 7. PROBLEMBELASTNING
## FYLLES UT AV KOORDINATOR

Kjennskap til brukerens problembelastning kan være et nødvendig utgangspunkt i planlegging av oppfølgingen, for eksempel når man skal benytte "Stress-sårbarhetsmodellen" for å finne fram til relevante tiltak, eller når man skal lage en plan for forebygging av kriser. Når kartleggingen gjentas, for eksempel en gang i året, får man informasjon om problembelastningen endrer seg over tid. Vanlig totalskår for brukere i målgruppen ligger mellom 8 og 12. Noen brukere kan ha vesentlig høyere totalskår.

Dato:

| | |
|---|---|
| **Veiledning:** Grunnlaget for skåringen er koordinators kunnskaper om brukerens tilstand og atferd i løpet av **De siste 3 måneder.**. | Sett en ring rundt det alternativet som er aktuelt for brukeren. Ved skåring på ett område skal det ikke tas hensyn til hva man har skåret på de øvrige. |
| **1. Overaktiv eller aggressiv atferd**<br>*Skåres uansett årsak (stoffmisbruk, demens, psykose etc).*<br>0. Ingen problemer av dette slaget.<br>1. Av og til irritabilitet, krangling eller rastløshet<br>2. Markert overaktiv eller agitert. Av og til aggressive fakter eller verbale trusler, mindre skader på gjenstander.<br>3. Fysisk aggressiv. Vedvarende truende atferd, alvorlig overaktiv, ødelegger gjenstander.<br>4. Vedvarende skremmende eller uanstendig atferd. Alvorlige fysiske angrep, alvorlig materiell skade. | **5. Fysisk sykdom eller handikap**<br>*Inkluderer sykdom eller handikap som forstyrrer personlig fungering. Inkluderer også bivirkninger av medikamenter, virkning av stoff eller alkohol.*<br>0. Ingen problemer av dette slaget<br>1. Forbigående helseproblem, som f.eks. forkjølelse, slag etter fall m.v.<br>2. Fysisk helseproblem som medfører mild innskrenkning i bevegelighet og aktivitet.<br>3. Moderat innskrenket aktivitet på grunn av fysisk helseproblem.<br>4. Alvorlig uførhet på grunn av fysisk helseproblem. |
| **2. Selvskade**<br>*Inkluderer ikke selvskade som skyldes uhell, heller ikke skader som er direkte konsekvenser av stoff-, alkohol- eller medikamentmisbruk.*<br>0. Ingen problemer av dette slaget.<br>1. Leilighetsvise eller flyktige tanker om å gjøre slutt på livet.<br>2. Selvskading som ikke er farlig, f.eks. risping i håndledd.<br>3. Fare for alvorlig selvskade som f.eks. forberedelse til selvmord gjennom å samle på tabletter.<br>4. Alvorlig selvskade eller selvmordsforsøk. | **6. Hallusinasjoner og vrangforestillinger**<br>*Skåres uansett årsak. Inkluderer også påfallende atferd som henger sammen med disse symptomene.*<br>0. Ingen problemer av dette slaget<br>1. Noen merkelige forestillinger som ligger utenfor kulturelle normer.<br>2. Vrangforestillinger eller hallusinasjoner som opptar brukeren i bare mindre grad.<br>3. Vrangforestillinger eller hallusinasjoner opptar brukeren i stor grad. Oppleves som plagsomt eller gir seg utslag i påfallende atferd.<br>4. Mental tilstand og atferd er alvorlig påvirket av hallusinasjoner eller vrangforestillinger. |
| **3. Rusmisbruk**<br>0. Ingen problemer av dette slaget.<br>1. Av og til overdreven bruk av rusmidler, men innen sosiale normer.<br>2. Av og til tap av kontroll over drikking eller bruk av rusmidler, men ikke alvorlig tilvenning.<br>3. Markert avhengighet av alkohol eller stoff med hyppig tap av kontroll, promillekjøring eller annen kriminalitet.<br>4. Arbeidsufør på grunn av rusproblem. | **7. Senket stemningsleie**<br>*Inkluderer ikke selvmordstanker eller -forsøk.*<br>0. Ingen problemer av dette slaget.<br>1. Tungsindig, eller forbigående nedstemt i forbindelse med livshendelser.<br>2. Mild depresjon i form av f.eks. skyldfølelse, forstyrret søvn, tap av matlyst eller selvfølelse.<br>3. Depresjon med markert treghet, urimelig skyldfølelse og selvbebreidelser.<br>4. Alvorlig depresjon med uttalt treghet, alvorlig skyldfølelse. |
| **4. Problemer med oppfatning og hukommelse**<br>*Skåres uansett årsak. Inkluderer ikke forbigående problemer som f. eks skyldes bakrus.*<br>0. Ingen problemer av dette slaget.<br>1. Mindre problemer med hukommelse eller forståelse, som f.eks å glemme navn<br>2. Milde men tydelige problemer, som f.eks å gå seg bort på kjente steder eller ikke kjenne igjen kjente personer. Forvirret over enkle beslutninger<br>3. Betydelig desorientert om tid, sted eller personer. Forvirret over dagligdagse hendelser<br>4. Alvorlig desorientert, f.eks ikke i stand til å gjenkjenne slektninger, i fare for ulykker, ubegripelig tale. | **8. Andre mentale eller atferdsmessige problemer**<br>*Inkluderer andre alvorlige problemer som f.eks. angst, tvangstrekk, spiseforstyrrelser.*<br>0. Ingen problemer av dette slaget.<br>1. Problemene er små eller forbigående i forbindelse med livshendelser.<br>2. Problemet er stadig til stede, men brukeren har kontroll eller er symptomfri i perioder.<br>3. Alvorlig anfall eller plager, med tap av kontroll.<br>4. Alvorlig, vedvarende problem som dominerer de fleste aktiviteter. |

Tilpasset fra: Helhetlig psykiatriplanlegging. Trondheim; SINTEF, 1997.

Skårene fra hvert problemområdet summeres**.** SAMLET SKÅR:☐☐

***SKÅRINGSARK***

På denne siden er det plass til skåringene for del 2,4 og 5 i protokollen. Skåringene kan benyttes *som en oppsummerende tilbakemelding til personlig koordinator og til ansvarlig ledelse om hva som er oppnådd og hva som gjenstår i koordineringsarbeidet for brukeren.*

| *Koordinators navn:* | *Dato:* |
|---|---|
| | |

**DEL 2: BRUKERENS VURDERING AV BEHOV FOR TILTAK**

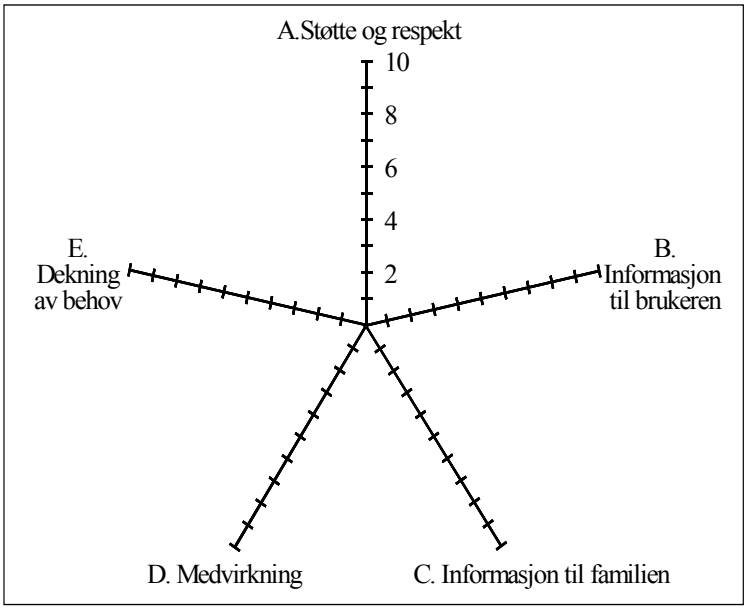
*Brukeren har følgende udekkede behov for tiltak (se side 3):*

| | |
|---|---|
| | |
| | |

## Del 4: Brukertilfredshet

*Summer skåringene for hvert område i intervjuet om brukerens erfaring med tjenestetilbudet (se side 5).*

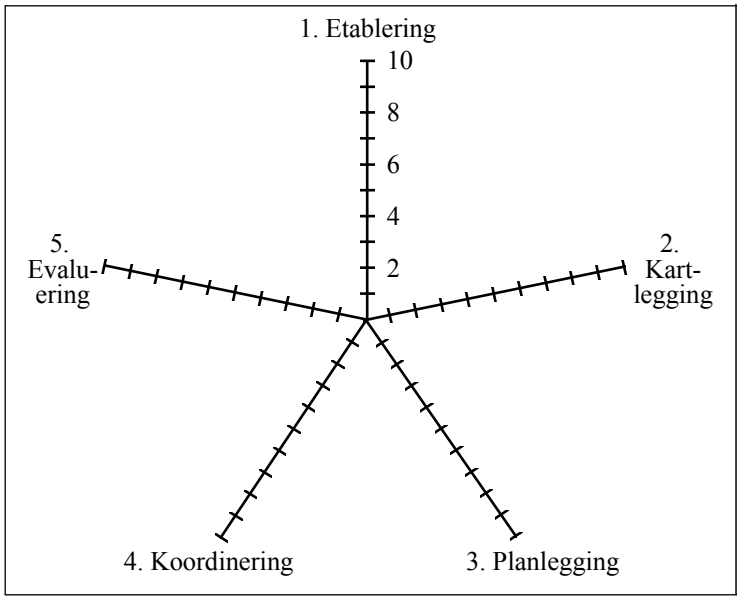
| ***Område*** | ***Skår*** |
|---|---|
| *A: Støtte og respekt* | |
| *B: Informasjon til brukeren* | |
| *C: Informasjon til familien* | |
| *D: Medvirkning* | |
| *E: Dekning av behov* | |




**DEL 5: ARBEIDSGANG I OPPFØLGINGEN**

*Summer skåringene for de ulike områdene i sjekklisten (se side 5).*
Oppnådd = 2
*Delvis oppnådd = 1*
Ikke oppnådd = 0

| ***Område*** | ***Skår*** |
|---|---|
| *1: Etablering* | |
| *2: Kartlegging* | |
| *3: Planlegging* | |
| *4: Koordinering* | |
| *5: Evaluering* | |



### *Vedlegg 2: Evaluering av veiledningsgruppa for KPA*

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

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

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

……

……

……

**2. Hva trenger du å lære mer om?**

……

……

……

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

……

……

……

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

……

……

……

**5. Andre kommentarer**

……

……

……

Vend

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

**1. Avklare mitt ansvar og mine arbeidsforhold som personlig koordinator**

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

Årsaker:……..

……

**2. Utvikle en god relasjon til brukeren**

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

Årsaker:……..

……

**3. Sikre et godt arbeidsforhold til det øvrige tiltaksnettverket**

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

Årsaker:……..

……

**4. Kartlegge brukerens situasjon og personlige ressurser**

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

Årsaker:……..

……

**5. Kartlegge brukerens personlige mål og behov for tiltak**

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

Årsaker:……..

……

**6. Velge strategi og planlegge oppgaven**

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

Årsaker:……..

……

**7. Koordinere planlagte tiltak**

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

Årsaker:……..

……

**8. Vurdere resultater og justere planer**

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

Årsaker:……..

……

Takk for hjelpen!